

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3352/2008

ATAS/598/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 19 mai 2009**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1964, de nationalité portugaise, père de deux filles nées en 1994 et 1997, est arrivé en Suisse en 1992. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de maçon pour X\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> avril 1998 au 7 décembre 2000, date à laquelle il a présenté une totale incapacité de travail en raison notamment d'une insuffisance veineuse, d'une hernie discale en L3-L5, de lombosciatalgies bilatérales ou encore d'un syndrome de fatigue chronique.
2. L'assuré a déposé, en date du 11 juin 2001, une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente et d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.
3. Par rapport du 19 juillet 2001, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, a posé de multiples diagnostics touchant la région cervicale, l'épaule droite, la colonne lombaire, le genou gauche, la cheville gauche, les mains, la circulation sanguine ou la région oto-rhino-laryngologique. Tous les diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. Selon le médecin, l'assuré présentait une totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999 pour une durée indéterminée dans sa précédente activité. Son état de santé s'aggravait. Le médecin a indiqué qu'il était envisageable que l'assuré puisse exercer un travail léger sans port de charges lourdes pendant trois à quatre heures par jour, mais qu'il y avait lieu de prendre en considération une diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles concernaient notamment la position assise, la position debout plus de deux à trois heures par jour, la même position du corps de manière prolongée, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le parcours à pieds de plus de 50 à 100 mètres, le port de charges, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement froid, bruyant, poussiéreux ou humide.
4. Dans un avis du 22 octobre 2001, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a noté la présence d'une atteinte de l'épaule et du canal carpien bilatéral, d'un kyste au genou gauche, d'un syndrome de fatigue chronique (fibromyalgie) et d'une hernie discale. D'après lui, si l'assuré présentait cliniquement toutes ces pathologies, il n'était pas susceptible d'exercer une activité lucrative.
5. Sur requête de l'OCAI, la Dresse A\_\_\_\_\_ a produit divers documents, soit notamment :
  - deux rapports de novembre 1999 et mars 2001 du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, faisant suite à des EMG (électromyogramme). Il ressort du deuxième rapport qu'il existait une neuropathie canalaire carpienne bilatérale

caractérisée, à ce stade de l'évolution, uniquement par des valeurs subnormales et des latences motrices des nerfs médians ainsi qu'une discrète neuropathie cubitale gauche au coude se traduisant par un abaissement des vitesses de conduction motrices et sensitives antébrachiales ;

- un rapport du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, qui a conclu à une maladie variqueuse primaire touchant le tronc saphène interne droit et saphène externe gauche. Un traitement chirurgical était justifié ;

- plusieurs rapports des mois de juin 1999, de mai, juillet et août 2000 des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en radiologie, lesquels ont indiqué qu'il n'existait pas d'éléments en faveur d'une rupture de la coiffe à l'épaule droite, mais que l'assuré présentait une petite hernie discale basse L5-S1 non compressive en position couchée, médiane et paramédiane gauche, une rectitude cervicale diffuse, sans fracture et sans hernie discale, une ébauche d'un genu varum, une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et une petite lésion sous-chondrale de la facette articulaire rotulienne interne du genou gauche ;

6. Le 14 mai 2002, un technicien de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a reçu l'assuré et établi un rapport, duquel il ressort que l'assuré ne s'opposait pas à une réadaptation professionnelle, espérant qu'elle lui permettrait de reprendre une activité, mais doutait de sa capacité de travail. Attendu que son médecin traitant avait attesté d'une capacité de travail de trois à quatre heures par jour dans une activité légère, le réadaptateur a requis la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle de type COPAI au CIP (Centre d'Intégration Professionnelle) pour une durée de quatre semaines renouvelable.
7. L'assuré a ainsi été mis au bénéfice d'un stage au CIP du 12 août au 29 septembre 2002. Dans le rapport COPAI du 25 octobre 2002, un employé du CIP a conclu que l'assuré était susceptible d'être réadapté théoriquement dans le circuit économique normal à plein temps et avec un rendement de 70% dans une activité simple et légère sans port de charges ni usage de force et avec alternance des positions, soit, par exemple, en tant qu'ouvrier de station service, chauffeur livreur dans la petite livraison, ouvrier à l'établi ou contrôleur de pièces simples et de produits finis. Il a relevé que durant les stages en entreprises et malgré un engagement partiel de l'assuré, les rendements avaient progressé de 52%, dans une activité adaptée à l'atelier COPAI, à 70% lors du stage en tant qu'employé de station service. Une aide au placement et une formation pratique en entreprise faisant office de réentraînement à l'effort étaient susceptibles d'améliorer, selon lui, le rendement, et ce, pour autant que l'assuré se montre motivé à reprendre une activité lucrative. Dans le cas contraire, il a proposé une conclusion théorique sur le dossier.

Par avis du 15 octobre 2002, le Dr G\_\_\_\_\_ a également expliqué que les nombreux diagnostics énumérés par le médecin traitant de l'assuré ne permettaient pas de se faire une idée de son état de santé et qu'ils semblaient avoir été amplifiés de manière disproportionnée. De plus, les documents émanant de consultations spécialisées ne laissaient pas apparaître de pathologie grave. Il a conclu que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité lourde physiquement, mais qu'il présentait une capacité de travail de 100% avec un rendement légèrement diminué, dans une activité adaptée, étant précisé que la diminution provenait principalement, d'après lui, de son manque de motivation et de son absence de formation de base.

8. Sur requête d'un réadaptateur de l'OCAI, l'assuré a bénéficié d'un stage ESPACE au CIP. Dans le rapport y relatif daté du 19 février 2003, un employé du CIP a relevé que, dès le premier entretien, l'assuré a indiqué vouloir travailler en tant qu'ouvrier à l'établi ou contrôleur de pièces simples et non pas en tant qu'employé de station service, car il n'y avait pas de charges à porter. Il a ainsi débuté un stage chez Y\_\_\_\_\_ en tant qu'ouvrier à l'établi. Après deux semaines, il s'est avéré que le stage était un échec, attendu que l'assuré présentait une lenteur gestuelle, un manque d'engagement et qu'il donnait « l'impression de déprimer ». L'assuré a déclaré qu'il souffrait de nombreuses douleurs au genou, à la jambe, à l'épaule droite et de maux de tête, qu'il devait être opéré de hernies inguinales et qu'il prenait des calmants et des antidouleurs. Par ailleurs, il a également considéré que le travail était répétitif et inintéressant. L'employé du CIP a précisé qu'au vu de l'intervention chirurgicale prévue, le mandat avait été interrompu prématurément et l'assuré sorti des effectifs le 9 février 2003. S'il ne démontrait pas plus d'engagement dans sa démarche de réadaptation, il y avait lieu, d'après lui, de conclure théoriquement sur le dossier.
9. Un examen rhumato-psychiatrique s'est déroulé en date du 25 février 2004 au SMR LEMAN. L'assuré a été examiné par les Drs H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui ont rendu leur rapport en date du 12 mars 2004. Les médecins ont retenu les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale droite dans le cadre d'une tendinopathie chronique du long chef du biceps et éventuellement du sus-épineux (M75.0), de lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre d'un très discret trouble de la statique et d'une petite hernie discale médiane-paramédiane gauche basse L5-S1 non compressive et d'une dysbalance musculaire, de cervicalgies dans le cadre d'un trouble de la statique et de dysbalances musculaires, de céphalées probablement cervicales, de lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne gauche, de pieds plats, de goutte anamnestique, de neuropathie canalaire carpienne bilatérale débutante anamnestique, de discrète neuropathie cubitale gauche anamnestique et un léger excès pondéral.

Dans le cadre de leur appréciation, les médecins ont expliqué que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau du rachis, de l'épaule droite, du genou gauche et des pieds, toutefois, il ne ressortait des examens et investigations que peu de faits objectifs, soit uniquement une tendinopathie sans rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une lésion mineure de la corne postérieure du genou droit ou encore un trouble de la statique rachidienne et un status post-opératoire des varices, sans insuffisance veineuse apparente. Ils ont estimé que c'était vraisemblablement en raison de ses douleurs que l'assuré ne pouvait plus porter de charges ou effectuer de travaux nécessitant de la force. Il était, en effet, musclé sans amyotrophie et sans déficit neurologique. Il n'existait que très peu d'éléments en faveur d'une lésion organique. Une amplification des douleurs était possible.

Sur le plan psychique, l'examen ne mettait en évidence ni de trouble dépressif ou anxieux, susceptible de constituer une comorbidité au trouble douloureux chronique, ni de trouble de la personnalité jouant le rôle de caractère prémorbide.

Les médecins ont considéré que la profession de maçon n'était plus exigible en raison des mouvements répétitifs du bras droit qu'elle nécessitait. En revanche, la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles qui concernaient le travail répétitif, surtout au-delà de 60° d'abduction de l'épaule droite, le lever de charges de plus de 25 kilogrammes occasionnellement, la position debout prolongée ainsi que la montée et la descente fréquente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages.

10. Suite à la décision de l'OCAI du 28 avril 2004 de mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, un rapport de réadaptation professionnelle a été établi en date du 21 mai 2004. Lors de l'entretien, l'assuré a déclaré que depuis le COPAI, son état de santé s'était aggravé tant sur le plan somatique que psychologique. Il ne souffrait au début que de maux de dos, puis progressivement s'étaient installées des douleurs au niveau du bras, de la cheville gauche et du genou gauche. Il a indiqué qu'il souhaitait travailler, mais n'en était pas capable et qu'il ne désirait pas faire de nettoyages comme proposé par le CIP, en raison, d'une part, de l'inadéquation de cette activité avec son état de santé et, d'autre part, du fait qu'il s'agit, au Portugal, d'un travail réservé aux femmes. La réadaptatrice de l'OCAI a procédé à la comparaison des revenus retenant une baisse de rendement de 30%, de sorte que le degré d'invalidité de l'assuré était de 43%, degré lui ouvrant le droit à un quart de rente.
11. Par décision du 13 juillet 2004, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel. Cette décision n'a pas été frappée d'opposition.
12. Par décision du 22 octobre 2004, l'OCAI lui a octroyé un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2001.

13. Par courrier du 22 novembre 2004, l'assuré a fait opposition à cette dernière décision, considérant que son état de santé psychique s'était péjoré et a notamment sollicité un nouvel examen par le SMR LEMAN. Il a produit un certificat de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2004, laquelle attestait de cette aggravation depuis 2002. Elle a constaté l'existence d'une hernie discale lombaire, de douleurs dans les mains causées par un syndrome de canal carpien bilatéral invalidant, de troubles dégénératifs du ménisque interne et d'un lâchage ligamentaire du genou gauche, d'un kyste sur ses cordes vocales, de crampes et de varices aux membres inférieurs ainsi que de vertiges, de migraines, de douleurs à la nuque, de vomissements, de diarrhées, de sensation de malaise ou encore de peur panique des ascenseurs. Elle a signalé que l'assuré estimait devoir consulter un psychiatre.
14. Par rapport du 23 mai 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré souffrait également de douleurs du rachis, de fourmillements et d'endormissement des mains, de douleurs et de fatigue des jambes ou encore de lombosciatalgies, de constipation et de coprostase, de laryngite chronique, de kyste laryngien opéré et récidivé, de rhinopharyngite, de neuropathie du coude gauche et de pieds plats. Elle a noté une aggravation de l'état de santé de l'assuré, qui devait subir plusieurs opérations. Il était « très dépressif et handicapé d'un point de vue psychique ». L'assuré était, selon elle, en totale incapacité de travail dès le 19 septembre 2000 dans toute activité lucrative.
15. Par décision du 16 février 2007, l'OCAI a confirmé sa décision d'octroi d'un quart de rente, décision qui n'a pas fait l'objet d'un recours.
16. Suite à l'ouverture d'une procédure de révision par l'OCAI, la Dresse A\_\_\_\_\_ a expliqué, par questionnaire du 27 juillet 2007, que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré. Elle y a joint une attestation du 25 mai 2007, exposant de multiples diagnostics, soit notamment un syndrome de fatigue chronique, une dépression nerveuse affective, une neuropathie canalaire carpienne bilatérale, une neuropathie cubitale gauche, des lésions du nerf susscapulaire droit, une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane, des lésions sous chondrales de la rotule dans la facette interne, un syndrome du canal carpien bilatéral, des kystes des cordes vocales à droites opérées, mais récidivantes ou encore des troubles circulatoires et une hernie inguinale bilatérale avancée. Elle a estimé que la reprise de l'activité de maçon était impossible et que l'incapacité de travail était totale.
17. Par rapport et certificat du 22 octobre 2007, la Dresse A\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré souffrait notamment d'apnée du sommeil, de douleurs abdominales très pénibles, de dépression nerveuse, du syndrome du colon irritable avec des diarrhées presque permanentes, de pertes de connaissance à répétition, d'allergies, d'une gastrite chronique et d'une oesophagite de reflux et de fibromyosite. L'assuré avait déjà subi d'importantes opérations et d'autres étaient à venir, soit celles touchant l'épaule droite, les cordes vocales, le coude gauche et le syndrome du tunnel

carpien bilatéral. D'après elle, l'état de santé de l'assuré s'aggravait, l'incapacité de travail était toujours totale dans toute activité lucrative et il existait de multiples limitations fonctionnelles.

18. Sur requête de l'OCAI, la Dresse A \_\_\_\_\_ l'a informé, le 14 janvier 2008, que l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre. Elle a produit plusieurs avis de spécialistes, dont il ressort que l'assuré présentait une œsophagite de reflux grade I, une gastrite corporéo-antrale, des hémorroïdes internes et une hernie inguinale et obturatrice bilatérale facilement opérable. Par ailleurs, un EMG avait été effectué, le 13 février 2006, par le Dr C \_\_\_\_\_ qui a précisé, dans son rapport, que l'examen avait permis de constater une accentuation de la neuropathie au coude gauche caractérisée par un net ralentissement antébrachial des vitesses de conductions motrices et sensitives. Il a également observé des signes de dénervation encore modérés dans le cubital antérieur et les muscles intrinsèques cubitaux ainsi que de discrètes neuropathies canalaies carpiennes sans menace fonctionnelle actuelle.
  
19. Un examen rhumato-psychiatrique s'est déroulé au SMR en date du 25 février 2008. Les Drs K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et L \_\_\_\_\_, psychiatre, ont rendu leur rapport le 27 février 2008 et ont posé les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale droite et de tendinite du long chef du biceps (M75.2) et de rachialgies communes (M54.9), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de neuropathie cubitale gauche, de troubles statiques plantaires et de syndrome du canal tarsien à gauche, de très discret syndrome rotulien bilatéral, d'arthrite goutteuse à répétition selon l'anamnèse, de colopathie fonctionnelle ainsi que d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement somatiques et concernaient le travail contre résistance se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction au niveau de l'épaule droite, le travail imposant le soulèvement ou le port régulier de poids de plus de 10 kilogrammes et les genuflexions répétées, le déplacement en terrain accidenté ou exigeant le franchissement régulier d'escaliers, d'escabeaux ou d'échafaudages.

Sur le plan somatique, une petite hernie de la ligne blanche et quelques douleurs à la palpation profonde de la région du canal inguinal droit ont été mises en évidence, ce qui était sans relevance clinique particulière. Au plan neurologique, il existait une subluxabilité excessive du nerf cubital gauche hors de la gouttière épitrochlé-ôlécraîenne lors de la flexion du coude, sans signe pour une neuropathie cubitale cliniquement significative, des signes évocateurs d'un syndrome du canal tarsien à gauche, probablement favorisé par le trouble statique plantaire qui pourrait vraisemblablement disparaître si des supports plantaires adaptés étaient prescrits. Au plan ostéo-articulaire, les médecins ont relevé, au niveau de l'épaule droite, des signes évocateurs d'une tendinite du long chef du biceps. En ce qui concernait les

genoux, seul un discret conflit fémoro-rotulien a été mis en exergue, mais aucun signe évocateur d'une méniscopepathie. Les constatations objectives somatiques n'étaient pas, selon l'examineur, significativement différentes de celles retenues en 2004 et rien ne permettait de contester les conclusions de l'époque.

Sur le plan psychiatrique, l'examinatrice a conclu que l'assuré ne présentait pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. Par ailleurs, la consommation d'alcool n'était pas, d'après elle, la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et n'était pas à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. Le status psychiatrique était superposable au status retenu en février 2004.

En conclusion, les examinateurs ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée dès le 29 septembre 2002, date de la fin du stage COPAI, cette activité étant « complètement exigible en l'absence de comorbidité psychiatrique significative ». L'examen médical n'avait pas permis de confirmer une éventuelle aggravation significative de son état de santé.

20. Par avis du 27 mars 2008, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a constaté, à lecture du rapport d'examen, que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce, dès le 29 février 2002 au moins. D'après lui, l'assuré aurait même pu présenter une entière capacité de travail dès le 7 décembre 2000 dans une activité adaptée, étant précisé que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès cette date-là.
21. Le 6 juin 2008, un employé de l'OCAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le revenu sans invalidité a été déterminé en fonction des salaires statistiques, dans la mesure où les données de l'employeur n'étaient plus exploitables en raison de leur ancienneté. Par ailleurs, le revenu avec invalidité a été calculé sans prendre en considération de diminution de rendement, toutefois, un abattement de 10% a été retenu en raison des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité était de 19.9%. Aucune mesure d'ordre professionnel n'était préconisée par l'employé de l'OCAI, cependant, une aide au placement pouvait être octroyée sur demande.
22. Le même jour, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de suppression de rente. Il a précisé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, attendu que le stage professionnel de type COPAI effectué en 2002 avait permis d'établir que l'assuré était capable d'exercer les métiers d'ouvrier de station service, de chauffeur livreur dans la petite livraison, d'ouvrier à l'établi ou de contrôleur de pièces

simples et de produits finis. Sur demande motivée, la mise en place d'une éventuelle aide au placement pouvait être examinée.

23. Par courrier du 9 juillet 2008, l'assuré a contesté ledit projet de décision au motif que son état de santé s'était péjoré et non pas amélioré. Il y a joint :
- un courrier de la Dresse A\_\_\_\_\_ qui a notamment souligné que le dernier rapport du SMR était contradictoire, dans la mesure où les examinateurs avait établi que l'assuré n'était pas malade tout en lui octroyant un quart de rente dès le 7 décembre 2000. Par ailleurs, elle a remarqué qu'ils avaient déclaré que l'assuré avait présenté « une carrière de malade » ;
  - un certificat du 5 avril 2008 du Dr N\_\_\_\_\_, écrit en Portugais et dont la traduction n'a pas pu être apportée, l'écriture du médecin étant illisible.
24. Par avis du 15 juillet 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé que la lettre du Dr N\_\_\_\_\_, écrite de manière indéchiffrable, semblait relater un accident ou un incident survenu lors d'un voyage au Portugal le 12 mars 2008 et faisait mention d'une crise hypotensive. La capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à moins que cet accident ait des conséquences sur sa capacité de travail.
25. Par décision du 14 août 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 6 juin 2008 et a ainsi supprimé le quart de rente de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Dans sa motivation du 22 juillet 2008, il a considéré qu'il n'existait pas de preuve attestant d'une modification de son état de santé, les éléments manuscrits versés au dossier étant illisibles.
26. Par acte du 17 septembre 2008, l'assuré, représenté par Me Philippe GIROD, a recouru auprès du Tribunal de céans contre la décision précitée sollicitant le maintien de son quart de rente. Il a soutenu que l'OCAI n'avait pas suffisamment instruit son dossier conformément aux art. 49 LPGA et 69 RAI.
27. Par décision du 19 décembre 2008, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique, sous réserve d'une éventuelle prise en charge par ASSISTA et d'un réexamen de la situation financière à l'issue du litige.
28. Par préavis du 22 décembre 2008, l'OCAI a proposé le rejet d'un recours et la confirmation de la décision attaquée.
29. Par écriture complémentaire du 13 février 2009, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a invoqué une mauvaise appréciation des faits. En effet, pour justifier son refus de mesures professionnelles, l'OCAI s'est référé, selon lui, de manière erronée, au rapport COPAI établi en 2002, qui ne permettait pas d'établir sa situation actuelle. Par ailleurs, il a allégué que, dans le cadre de la procédure de

révision, l'OCAI aurait dû confier une expertise médicale à un médecin indépendant de l'OCAI et non à nouveau au SMR. En outre, attendu que le SMR avait considéré en 2008 que son état de santé et, par conséquent, sa capacité de travail étaient identiques à ceux retenus en 2004, l'OCAI avait indûment supprimé son droit à un quart de rente. Enfin, il ressortait du rapport COPAI établi en 2002 qu'une diminution de rendement de 30 à 40% devait être retenue, de sorte que l'OCAI ne pouvait conclure, d'après lui, à une entière capacité de travail sans diminution de rendement.

30. Par courrier du 6 mars 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.
31. Suite à la transmission de ce courrier à l'assuré, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 14 août 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008 le quart de rente, qui avait été octroyé à l'assuré par décision du 16 février 2007.
5. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit

examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. Il convient d'examiner si une amélioration de l'état de santé de l'assuré est intervenue entre février 2007 et août 2008.
8. Par demande déposée auprès de l'OCAI en date du 11 juin 2001, l'assuré, en incapacité totale de travail depuis le 7 décembre 2000, a notamment requis d'être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. En octobre 2002 a été rendu le rapport COPAI, duquel il ressort que l'assuré était susceptible d'être réadapté théoriquement dans le circuit économique normal à plein temps et avec un rendement de 70% dans une activité simple et légère sans port de charges ni usage

---

de force et avec alternance des positions. En mars 2004, les Drs H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, médecins au SMR LEMAN, ont rendu leur rapport rhumato-psychiatrique et ont posé les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale droite dans le cadre d'une tendinopathie chronique du long chef du biceps et éventuellement du sus-épineux (M75.0), de lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre d'un très discret trouble de la statique et d'une petite hernie discale médiane-paramédiane gauche basse L5-S1 non compressive et d'une dysbalance musculaire, de cervicalgies dans le cadre d'un trouble de la statique et de dysbalances musculaires, de céphalées probablement cervicales, de lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne gauche, de pieds plats, de goutte anamnestique, de neuropathie canalaire carpienne bilatérale débutante anamnestique, de discrète neuropathie cubitale gauche anamnestique et de léger excès pondéral. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans la précédente activité, mais totale dans toute autre activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles qui concernaient le travail répétitif, surtout au-delà de 60° d'abduction de l'épaule droite, le lever de charges de plus de 25 kilogrammes occasionnellement, la position debout prolongée ainsi que la montée et la descente fréquente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages.

Suite à ces rapports, la Division de réadaptation professionnelle a reçu l'assuré et a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 30%. Son degré d'invalidité était de 43%.

C'est sur la base de tout ce qui précède que l'OCAI lui a alloué, par décision du 22 octobre 2004, un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2001.

9. Dans le cadre de la révision de sa rente, l'assuré a été soumis à un nouvel examen rhumato-psychiatrique par deux médecins du SMR, soit les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, lesquels ont retenu, dans leur rapport du 27 février 2008, les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale droite et de tendinite du long chef du biceps (M75.2) et de rachialgies communes (M54.9), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de neuropathie cubitale gauche, de troubles statiques plantaires et de syndrome du canal tarsien à gauche, de très discret syndrome rotulien bilatéral, d'arthrite goutteuse à répétition selon l'anamnèse, de colopathie fonctionnelle ainsi que d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement somatiques et concernaient le travail contre résistance se faisant à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction au niveau de l'épaule droite, le travail imposant le soulèvement ou le port régulier de poids de plus de 10 kilogrammes et des genuflexions répétées, le déplacement en terrain accidenté ou exigeant le franchissement régulier d'escaliers, d'escabeaux ou d'échafaudages. Les examinateurs ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée dès le 29 septembre 2002, date de la fin du stage COPAI, cette activité étant « complètement exigible en

l'absence de comorbidité psychiatrique significative ». L'examen médical n'avait pas permis de confirmer une éventuelle aggravation significative de son état de santé depuis février 2004.

Le Dr M\_\_\_\_\_ du SMR a alors conclu que l'assuré présentait une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le 19 février 2002 ou même dès le 7 décembre 2000.

C'est au regard du rapport d'examen du SMR et de l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ que l'OCAI a supprimé la rente de l'assuré.

10. Le Tribunal de céans constate que le dernier examen bidisciplinaire du SMR de février 2008 se fonde sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médicale ainsi que sur le dossier radiologique de l'assuré. Le status somatique et psychiatrique est décrit et les plaintes de l'assuré sont prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions sont motivées. En effet, les examinateurs ont, tout d'abord, posé des diagnostics précis, puis, ont expliqué, d'une part, quelles atteintes existaient ou étaient susceptibles d'exister sur le plan somatique et dans quelle mesure ces atteintes étaient cliniquement significatives et, d'autre part, l'absence de trouble sur le plan psychiatrique. Ils ont enfin considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas significativement différent de celui existant en février 2004 et ont ainsi conclu que la capacité de travail de l'assuré était entière comme retenu par les examinateurs de l'époque. Il y a lieu de relever qu'il n'existe pas de contradiction dans le cadre du rapport et qu'il est exempt de jugement de valeur, à l'exception du fait que les examinateurs ont indiqué que « l'assuré avait amené deux ordonnances manuscrites du Dr A\_\_\_\_\_, complètement couvertes d'un nombre invraisemblable de médicaments qu'il aurait pris une fois ou l'autre dans sa « carrière de malade » ». On ne sait toutefois pas si l'expression « carrière de malade » a été utilisée directement par les examinateurs ou s'il s'agit des propos de l'assuré. Quoiqu'il en soit, ces termes ont été mis entre guillemets, ce qui démontre qu'ils doivent être lus avec un certain recul et ne permettent pas à eux seuls de douter de l'objectivité des examinateurs. Le rapport d'examen du SMR du 27 février 2008 présente ainsi valeur probante au sens de la jurisprudence.

La Dresse A\_\_\_\_\_ est le seul médecin à avoir établi des rapports à l'attention de l'OCAI et à s'être prononcée sur l'état de santé de l'assuré. Ses rapports contiennent énormément de diagnostics qui ont tous, d'après elle, des répercussions sur la capacité de travail, cependant, elle n'explique pas en quoi les atteintes de l'assuré ne lui permettraient pas d'exercer une activité lucrative. Ainsi, outre ce qui vient d'être exposé, il doit être tenu compte que la Dresse A\_\_\_\_\_, étant le médecin traitant de l'assuré, serait susceptible, d'après la jurisprudence, en cas de doute à prendre parti pour son patient, de sorte que ses rapports de saurient

remettre en cause les conclusions convaincantes auxquelles parviennent les examinateurs.

Il y a ainsi lieu de conclure à la pleine valeur probante du rapport d'examen du 27 février 2008.

Au demeurant, il sera relevé qu'au vu de la valeur probante du rapport SMR, aucune autre mesure d'instruction, en particulier une expertise par un médecin indépendant de l'OCAI, ne s'avère nécessaire dans le cadre de l'instruction du dossier.

11. Il apparaît à la lecture des deux rapports d'examen bidisciplinaire du SMR de mars 2004 et février 2008 que les diagnostics posés sont très similaires. Il est vrai que de nouveaux diagnostics ont été retenus dans le cadre du second rapport, il s'agit des troubles statiques plantaires et du syndrome du canal tarsien gauche, de la colopathie fonctionnelle ainsi que de l'utilisation de l'alcool nocive pour la santé, toutefois, ces diagnostics n'ont pas, d'après les examinateurs, de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le syndrome du canal tarsien pouvait également être soigné par des supports plantaires adaptés.

De plus, dans le cadre de leur appréciation du cas en février 2008, les examinateurs ont exposé les résultats de leurs examens cliniques ainsi que la gravité des atteintes de l'assuré. Ils ont explicitement conclu tant sur le plan somatique que psychique que son état de santé était similaire à celui existant en 2004 et ont estimé que sa capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par conséquent, il ne peut être que constaté qu'il n'y a pas eu de modification sensible de l'état de santé de l'assuré entre 2004 et 2008.

12. Or, lors de l'instruction initiale du dossier, un stage de type COPAI avait été effectué par l'assuré. Le rapport COPAI avait permis à l'OCAI de déterminer que l'assuré présentait effectivement une capacité de travail de 100%, mais que son rendement n'était que de 70% dans une activité telle que celle d'ouvrier de station service, de chauffeur livreur dans la petite livraison, d'ouvrier à l'établi ou de contrôleur de pièces simples et de produits finis. Suite à une appréciation du dossier de l'assuré, l'OCAI avait alors considéré qu'il y avait effectivement lieu de prendre en considération une diminution de rendement de 30% dans le cadre du calcul du degré d'invalidité et a ainsi octroyé à l'assuré un quart de rente.

Dans le cadre de la procédure de révision, l'OCAI a toutefois supprimé la rente d'invalidité de l'assuré, et ce, sur la base des conclusions des médecins du SMR et du Dr M\_\_\_\_\_ attestant d'un état de santé inchangé et d'une entière capacité de travail sans diminution de rendement.

Le Tribunal doit ainsi constater que bien que les circonstances médicales soient demeurées identiques entre 2004 et 2008, l'OCAI a apprécié de manière différente la capacité de travail de l'assuré, sans qu'il soit possible de mettre en exergue un changement important des conséquences de son état de santé sur sa capacité de gain.

Par conséquent, il y a lieu de conclure que l'OCAI a manifestement supprimé la rente de l'assuré en procédant à une nouvelle appréciation du cas, de sorte qu'une révision de la rente de l'assuré ne saurait intervenir.

13. Reste à se prononcer sur les conditions d'une éventuelle reconsidération.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Au vu du rapport SMR de février 2004, du rapport COPAI d'octobre 2002 ainsi que de celui de réadaptation professionnelle du 21 mai 2004 contenant le calcul du degré d'invalidité, il n'apparaît pas que la décision initiale de l'OCAI du 16 février 2007 était manifestement erronée. Les conditions de la reconsidération ne sont ainsi pas remplies.

14. Dès lors, le recours de l'assuré sera admis et l'OCAI devra continuer à lui verser un quart de rente d'invalidité.

15. Dans sa motivation du 22 juillet 2008, l'OCAI a précisé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'assuré ne contestant pas ce point, il ne fait dès lors pas l'objet du litige, de sorte que le Tribunal de céans n'examinera pas la question.

Il y a cependant lieu de rappeler à l'assuré qu'il lui est loisible de solliciter en tout temps une mesure d'aide au placement auprès de l'OCAI (art. 18 LAI). Attendu qu'il n'a pas travaillé depuis décembre 2000, cette mesure pourra comprendre, comme l'a proposé le CIP en octobre 2002, une formation pratique en entreprise valant réentraînement à l'effort ainsi qu'une aide à la recherche d'un emploi.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet au sens des considérants.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le