

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3478/2007

ATAS/416/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 9 avril 2008**

En la cause

Monsieur P\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique  
JECKELMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur P \_\_\_\_\_, d'origine portugaise, a été scolarisé dans son pays jusqu'à l'âge de 9-10 ans. Arrivé en Suisse en 1980, l'assuré a trouvé du travail dans l'agriculture, puis dans le bâtiment, en tant que manœuvre. Il a travaillé en dernier lieu chez X \_\_\_\_\_ SA en qualité de maçon non-qualifié.
2. Le 30 avril 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou un placement.
3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 22 mai 2001, le Dr. A \_\_\_\_\_, de la PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE DE CHANTEPOULET SA, a posé les diagnostics d'hernie ligne blanche opérée avec pose de filet aux HUG, douleur post-opératoire, cyposcoliose, lombalgies chroniques, spondylarthrose L5 avec lombosciatalgie droite. L'incapacité de travail dans l'activité de manœuvre est de 100% dès juin 2000 pour une durée indéterminée. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué que le patient ne pouvait plus effectuer un travail de force et relevé au surplus qu'il était analphabète. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été décrites par le médecin traitant: l'assuré ne pouvait pas garder la même position du corps plus de 2 heures par jour, il devait éviter l'inclinaison du buste, la position accroupie, l'utilisation du membre supérieur droit, de lever, porter ou déplacer des charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs des membres ou du dos, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.
4. Dans un certificat du 17 janvier 2001 à l'attention de la GENEVOISE ASSURANCES, assurance maladie collective perte de gain, la Dresse B \_\_\_\_\_, médecin assistante des HUG, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 2 novembre 2000 au 27 novembre 2000 à l'unité psychiatrique de l'Hôpital cantonal de Genève pour un trouble dépressif léger avec syndrome somatique et trouble panique. Une reprise de travail à 100% était possible à partir du 1<sup>er</sup> février 2001, mais il convenait d'éviter les places de travail, par exemple sur un échafaudage, où le patient pourrait se mettre en danger s'il faisait une attaque de panique.
5. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au COPAI du 4 mars 2002 au 28 avril 2002. Dans son rapport du 3 juin 2002, le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a conclu à une capacité résiduelle de travail de 70%, dans un emploi léger, simple et pratique. Les capacités d'adaptation de l'assuré le limitent à une mise au courant simple et pratique en entreprise. D'autre part, la baisse d'engagement de l'assuré lors des stages en entreprise indique que les chances de

réussite d'une réinsertion sont faibles. L'illettrisme intégral, tant en français qu'en portugais, diminue encore les chances de succès.

6. Dans son rapport du 6 juin 2002, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu, après avoir procédé à une comparaison des gains, à un degré d'invalidité de 47%, ouvrant droit à un quart de rente.
7. Le 9 décembre 2002, le Dr C\_\_\_\_\_, médecine interne, a communiqué à l'OCAI trois rapports médicaux, importants de son point de vue par rapport à l'évolution de l'état du malade et de son incapacité à travailler de manière adéquate. Il s'agissait d'un rapport de la Division des urgences-médico-chirurgicales (DUMC) du 23 octobre 2002 faisant état d'une gastrite, d'un rapport d'oeso-gastro-duodéoscopie effectuée le 18 novembre 2002 par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, qui relève que le patient souffre d'une cholécystopathie lithiasique et conclut à un diverticule du tiers moyen de l'œsophage et à une antrite érosive, ainsi que du rapport de l'examen histologique confirmant le diagnostic de gastrite aiguë érosive.
8. Par décision du 20 mai 2003, l'assuré a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2001, pour un degré d'invalidité de 47%.
9. Le 16 juin 2003, l'intéressé, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2001.
10. Par décision du 12 septembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Cette décision, non contestée, est entrée en force.
11. Par décision du 15 octobre 2003, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour cas pénible, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003. Suite à l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI, l'intimé a rendu une nouvelle décision en date du 6 janvier 2004 octroyant à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004. L'opposition de l'assuré concluant au maintien de la demi-rente pour cas pénible au titre des droits acquis a été rejetée par décision de l'intimé du 29 juin 2006, entrée en force.
12. Par courrier du 11 avril 2005, Me Mauro POGGIA, mandataire de l'assuré, a informé l'OCAI que l'état de santé de son client s'était sensiblement aggravé; il a sollicité la reprise de l'examen du cas, au vu des faits nouveaux, afin de procéder à un réexamen ou une reconsidération. Il a communiqué un rapport établi par la Dresse E\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 2 février 2005. Elle y mentionne que les problèmes essentiels du suivi du patient sont des douleurs abdominales depuis longue date avec un status après une opération d'une hernie de ligne blanche abdominale, un problème gastrique ulcéreux compliqué par une hémorragie intestinale sans gravité en novembre 2004, une douleur au genou droit

chronique avec des investigations et différentes tentatives médicamenteuses par ses anciens médecins traitant, faisant suspecter le diagnostic de fibromyalgie, un état dépressif, une hypercholestérolémie et un trouble dégénératif de la colonne vertébrale-lombaire. Afin d'évaluer précisément l'incapacité de travail, la Dresse E\_\_\_\_\_ estimait nécessaire d'avoir une évaluation d'un psychiatre afin de déterminer la gravité du symptôme dépressif.

13. Répondant au questionnaire de révision de la rente, l'assuré a indiqué en date du 3 octobre 2005 que son état de santé s'était aggravé depuis une hospitalisation datant de fin 2004.
14. Le 15 décembre 2005 les Drs F\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et G\_\_\_\_\_, médecin interne, du Département de médecine communautaire des HUG, ont adressé un rapport à l'OCAI. Les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont les suivants: status post-amputation traumatique des deux derniers doigts de la main en 1977, status post-opération de la ligne blanche pour hernie en 2000, discarthrose étagée prédominant en L5-S1 connue depuis 2001, lombosciatalgies non-déficitaires de type L4 depuis 2004, gonalgies droites sur syndrome fémoro-patellaire avec atteinte méniscale et trouble anxieux avec phobies. En revanche, l'ulcère bulbaire avec status post-hémorragie digestive haute en novembre 2004 est sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé de l'assuré est en aggravation, des mesures professionnelles sont indiquées. Concernant les limitations fonctionnelles, l'assuré peut garder la position assise 3 heures par jour au maximum, la position debout 1 à 2 heures maximum par jour, la même position du corps pendant 3 heures par jour maximum, la position à genou est possible durant 20 à 30 minutes, il doit éviter l'inclinaison du buste, la position accroupie, le port de charge excédant 5 kilos, les mouvements des membres et du dos répétitifs, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur, sur sol irrégulier ou en pente. Selon les médecins, l'incapacité de travail dans l'activité de manœuvre est de 100% et, au vu de la problématique somatique et psychiatrique du patient, il leur semble difficile qu'à son âge il puisse retrouver un travail correspondant à ses capacités et tenant compte de son handicap physique et psychique.
15. Le 19 juin 2006, l'OCAI a mandaté le Centre l'expertise médicale, policlinique médicale universitaire (COMAI) de Lausanne, pour effectuer une expertise pluridisciplinaire.
16. L'assuré a été examiné par un rhumatologue le 10 août 2006 et par un psychiatre le 21 août 2006. Dans son rapport du 28 décembre 2006, le COMAI précise que les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 4 septembre 2006, en présence des Drs H\_\_\_\_\_, interniste, M. I\_\_\_\_\_, rhumatologue et J\_\_\_\_\_, psychiatre. Les médecins du COMAI ont posé les diagnostics suivants avec influence essentielle sur la capacité de travail : trouble mixte de la personnalité, phobies spécifiques,

retard mental léger, avec des troubles du comportement non significatifs et un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant par des douleurs abdominales et des lombalgies. Les autres diagnostics, notamment l'épisode dépressif léger, le status post-chirurgie de cure d'une hernie de la ligne blanche, l'ulcère bulbaire avec status post hémorragie digestive haute en 2004, les lombalgies et gonalgies droites n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. L'expert psychiatre expose que l'examen et l'anamnèse mettent en évidence un trouble dépressif apparu après l'apparition de la hernie de la ligne blanche. Ce trouble a été suivi et s'est compliqué de phobies spécifiques. Il a relevé également des troubles mixtes de la personnalité avec des traits de dépendance, une grande pauvreté dans la mentalisation des affects, aboutissant à la fixation sur des aspects somatiques et à l'expression physique de toute problématique émotionnelle. Ces troubles de la personnalité, peut-être accompagnés d'une intelligence limitée, se sont constitués au fil d'une enfance carencée qui n'a pas permis un développement psychoaffectif complet. La hernie et l'opération qui a suivi ont constitué une véritable effraction de l'appareil psychique fragile et entraîné un effondrement psychosomatique dont l'assuré ne semble pas pouvoir se relever. Les troubles de la personnalité constituent un obstacle sérieux à toute tentative de réhabilitation, aussi bien médicale que sociale et professionnelle. L'échelle de performance de la WAIS-III a révélé un QI de performance égal à 51, à prendre toutefois avec réserve compte tenu d'un éventuel biais socio-éducatif. Sur le plan somatique, l'examen clinique met en évidence des troubles modérés de la statique avec une accentuation de la cyphose dorsale, mais sans scoliose ni bascule du bassin significative. L'examen est marqué par une limitation de tous les mouvements dorsolombaires, passifs ou actifs, se répercutant même sur la mobilité des hanches, surtout du côté droit, l'examen musculo-squelettique ne met pas en évidence d'élément évocateur de rhumatisme inflammatoire ni d'ankylose ou de limitation majeure de la mobilité articulaire. L'examen neurologique ne permet pas d'objectiver de signe radiculaire ni déficitaire. Les examens radiologiques récents de la colonne cervicale et lombaire ne montrent pas d'anomalie des structures osseuses ni de lésion des parties molles pré-vertébrales, les troubles dégénératifs et arthrosiques observés se limitent à des discopathies peu sévères associées à une légère arthrose facettaire postérieure L5-S1. Il n'y a pas, du point de vue ostéo-articulaire seul, de limitations dans une activité physiquement adaptée. Sur le plan digestif, l'examen clinique ne met pas en évidence de signe de récurrence d'hernie de la ligne blanche. La présence de signes comportementaux selon Waddell, en proportion importante, pourrait correspondre à une expression marquée des douleurs dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant.

Dans l'appréciation du cas, les experts notent que sur le plan psychique, les ressources intrinsèques de l'assuré sont indéniablement limitées, d'autant plus que l'évaluation psychologique semble montrer un retard mental léger à moyen ne permettant pas d'envisager des capacités d'apprentissage normales. Cette situation

lui avait néanmoins permis d'exercer précédemment une activité professionnelle sans difficultés apparentes. Les troubles de la personnalité constituent un obstacle sérieux à prendre en compte dans toute tentative de réhabilitation, aussi bien médicale, que sociale et professionnelle. En conclusion, les troubles psychiques associés au syndrome douloureux somatoforme entraînent une réduction de la capacité de travail de l'expertisé. Ils estiment toutefois qu'il persiste un taux potentiel de 50 % dans une activité simple, légère, n'impliquant pas de contraintes physiques et ne nécessitant pas de connaissances particulières. Les médecins du COMAI parviennent à la conclusion que la capacité de travail a été réduite à 50% dans les suites de la chirurgie de cure d'hernie de la ligne blanche en juin 2000, sans évolution ultérieure de cette capacité. Le pronostic est extrêmement réservé, du fait de la présence d'éléments défavorables (évolution chronique des lombalgies et des douleurs abdominales, troubles de la personnalité et ressources limitées) et la capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales ou des mesures d'ordre professionnel.

17. Dans un avis du 12 janvier 2007, le Dr K\_\_\_\_\_, du SMR Suisse romande, considère que l'expertise du COMAI prête le flanc à la critique. Il souligne que le retard mental léger existe depuis toujours et n'a pas empêché l'assuré de travailler auparavant, de sorte que l'on ne voit pas comment il peut être qualifié d'incapacitant, d'autant plus qu'il ne s'accompagne pas de trouble du comportement significatif. La même remarque s'applique au trouble mixte de la personnalité, présent au moins depuis l'adolescence. D'autre part, le trouble douloureux somatoforme n'est pas considéré comme invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique grave et/ou d'une importante perturbation de l'environnement psychosocial. Ces réserves sont formulées à titre documentaire. En effet, considérant que l'assuré touche déjà une demi-rente pour cas pénible, le SMR propose d'entériner malgré tout l'estimation du COMAI, car " la contester formellement demanderait pour le moins une contre-expertise au terme de laquelle le droit à la demi-rente ne serait de toute façon pas contesté".
18. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007, la réadaptation professionnelle de l'OCAI, dans la discussion du cas, relève que l'expertise du COMAI revoit l'évaluation médicale au point de départ en stipulant une capacité de travail de 50% au-lieu de 70%, inchangés depuis juin 2000. Or, l'aggravation de novembre 2004 invoquée par l'assuré renvoie selon le SMR probablement à des atteintes connues, gastriques et passagères. Elle considère que l'état de santé de l'assuré n'a pas changé depuis la situation lors de l'octroi de la rente, de sorte que la capacité résiduelle de travail doit être de 70% au moins aujourd'hui. Dans ces conditions, le degré d'invalidité reste de 48%.
19. Par décision du 13 juillet 2007, l'OCAI a rejeté la demande, au motif que le degré d'invalidité ne s'était pas modifié.

20. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré interjette recours en date du 14 septembre 2007, considérant que sa capacité de travail est nulle et que l'OCAI s'est écarté à tort de l'expertise du COMAI qui retient - non sans hésitation - une capacité de travail de l'ordre de 50% depuis 2000. Il fait valoir que les troubles de la personnalité font bien partie de son état de santé et constituent à l'évidence une entrave à la reprise d'une activité professionnelle. De surcroît, ce ne serait qu'à l'issue d'une réinsertion professionnelle que le taux de capacité professionnelle pourrait être apprécié. Le recourant sollicite l'audition de ses médecins traitants, les Dresses G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, des HUG. Sur le fond, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
21. Dans sa réponse du 12 octobre 2007, l'OCAI persiste dans ses conclusions, se référant aux motifs contenus dans sa décision.
22. Le 19 mars 2008, le mandataire du recourant a communiqué au Tribunal de céans copie d'une attestation médicale établie le 11 mars 2008 par les Drs M\_\_\_\_\_, chef de clinique, et N\_\_\_\_\_, médecin interne, du Département de médecine communautaire et de premier recours, aux termes duquel le recourant souffre d'une discartrhose étagée L5-S1 associée à des douleurs du bas du dos. Les médecins précisent que le patient a présenté en 2004 une lombosciatalgie non déficitaire au niveau L4 et qu'il est toujours sous traitement médicamenteux en raison d'antécédents d'ulcère bulbaire associé à des épisodes de méléna.
23. Ce document a été transmis à l'OCAI. Sur quoi, 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'art. 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 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août 2007 inclusivement (art 38 al. 4 let. b LPGA), le recours interjeté dans la forme prévue par la loi le 14 septembre 2007 est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si les conditions d'une révision sont réunies, à savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure justifiant une augmentation de sa rente d'invalidité.
5. Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A cet égard, il convient de relever qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (AT 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente

(Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

6. Concernant la reconsidération et la révision procédurale, elles sont réglées explicitement à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, codifiant la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur: l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références, 130 V 349 s. consid. 3.5; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2).

Il y a lieu cependant de rappeler que si l'administration peut en tout revenir sur une décision formellement passée en force, le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer sa décision (cf. ATF 119 V 479 consid. 1b/cc, 117 V 12 consid. 2a).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

S'agissant des expertises pluridisciplinaires, il convient de rappeler que leur but est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et T. du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

Enfin, 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. En l'espèce, pour déterminer s'il y a un motif de révision, il convient de comparer les faits tels qu'ils existaient lors de la décision d'octroi du quart de rente d'invalidité du 20 mai 2003 avec ceux régnant au moment de la décision litigieuse du 13 juillet 2007.
9. Lors de la décision initiale de rente, l'intimé s'était fondé du point de vue médical sur le rapport du Dr A\_\_\_\_\_, qui indiquait que le recourant ne pouvait plus effectuer un travail de force, au vu des diagnostics d'hernie ligne blanche, de lombalgies chroniques et spondylarthrose L5 avec lombosciatalgie droite. Le médecin avait décrit diverses limitations fonctionnelles, à savoir que l'assuré devait éviter certaines sollicitations, essentiellement si elles étaient prolongées et/ou

répétées, notamment les stations debout, accroupie, la marche, surtout sur terrain irrégulier ou en pente, le port de charges supérieures à 5 kg, les horaires irréguliers et tout travail en hauteur. Sur le plan psychiatrique, il ressortait d'un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ que le recourant avait présenté un trouble dépressif léger avec syndrome somatique et trouble panique qui avait nécessité une hospitalisation de 25 jours en novembre 2000 à l'unité psychiatrique des HUG. Selon la psychiatre, une reprise à 100 % était possible à compter du 1<sup>er</sup> février 2001, mais le patient devait éviter tout travail en hauteur. En définitive, l'intimé avait retenu la capacité de travail résiduelle telle que définie par le rapport d'observation professionnelle du CIP, soit 70 % dans une activité légère, simple et pratique, ce qui, après comparaison des gains, conduisait à un degré d'invalidité de 47 %.

En procédure de révision, la Dresse E\_\_\_\_\_, du Département de médecine communautaire des HUG, signale en plus des diagnostics connus précédemment, un problème gastrique ulcéreux compliqué par une hémorragie sans gravité survenue en novembre 2004, une douleur au genou droit chronique, une suspicion de fibromyalgie et un état dépressif. Concernant la capacité de travail, elle proposait un évaluation psychiatrique afin de déterminer la gravité du symptôme dépressif. Les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ mentionnent dans leur rapport du 15 décembre 2005 que l'état de santé du patient est en aggravation et indiquent que le recourant présente des lombosciatalgies non-déficitaires de type L4 depuis 2004, des gonalgies droites avec atteinte méniscale et un trouble anxieux avec phobies. L'ulcère bulbaire avec status post-hémorragie digestive haute en novembre 2004 est sans répercussion sur la capacité de travail. Au vu des limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail est de 100 % dans l'activité de manoeuvre et au vu de la problématique physique et psychique, les médecins estiment qu'il est difficile, à son âge, de retrouver un travail correspondant à ses capacités.

L'expertise effectuée par le COMAI à la demande de l'intimé a conclu que sur le plan ostéo-articulaire seul, il n'y a pas de limitation dans une activité physiquement adaptée. En revanche, sur le plan psychique, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité, des phobies spécifiques, un retard mental léger, avec des troubles du comportement non significatifs et un trouble douloureux somatoforme persistant se manifestant par des douleurs abdominales et des lombalgies. Ces troubles de la personnalité constituent un obstacle sérieux à toute tentative de réhabilitation médicale, sociale et professionnelle. Selon les experts, les troubles psychiques associés au syndrome douloureux somatoforme entraînent une réduction de la capacité de travail, qui est de 50 % dans une activité simple, légère, n'impliquant pas de contraintes physiques et ne nécessitant pas de connaissances particulières. Cette capacité de travail réduite existe depuis juin 2000, à la suite de la chirurgie de cure d'hernie, sans évolution ultérieure.

Le SMR considère que l'expertise du COMAI prête le flanc à la critique, car le retard mental léger ainsi que le trouble mixte de la personnalité existent depuis

toujours et n'ont pas empêché l'assuré de travailler auparavant. Quant au trouble douloureux somatoforme, il n'est pas invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique grave et/ou d'une importante perturbation de l'environnement psychosocial.

Il convient de relever en premier lieu que sur le plan somatique, les diagnostics sont, pour l'essentiel, déjà connus. Quant aux nouvelles affections, elles n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Or, pour les mêmes limitations, l'intimé avait admis une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, alors que le COMAI considère qu'il n'y a pas de limitation sur le plan ostéo-articulaire de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'agit-là d'une appréciation médicale différente qui n'autoriserait quoi qu'il en soit pas une révision. En revanche, la situation est toute autre sur le plan psychiatrique. L'intimé n'avait pas investigué cet aspect, ce dont on ne saurait par ailleurs lui faire grief, dès lors que les diagnostics retenus en 2001 par la Dresse B\_\_\_\_\_, à savoir un trouble dépressif léger avec syndrome somatique et trouble panique, n'avaient entraîné qu'une incapacité de travail passagère. Or, l'expertise psychiatrique a mis en évidence des troubles psychiques sérieux, en particulier un trouble de la personnalité, des phobies spécifiques et un retard mental léger, qui entravent actuellement la capacité de travail du recourant. L'expert a par ailleurs expliqué de façon convaincante que si ces troubles se sont constitués au fil d'une enfance carencée qui n'a pas permis un développement psychoaffectif complet et ont permis au recourant d'exercer une activité professionnelle sans difficultés apparentes, la hernie et l'opération qui a suivi ont constitué une véritable effraction de l'appareil psychique fragile et entraîné un effondrement psychosomatique dont l'assuré semble ne pas pouvoir se relever. Les experts relèvent que sur le plan psychique, les ressources intrinsèques sont indéniablement limitées et que les troubles de la personnalité constituent un obstacle sérieux à prendre en compte. En conclusion, les troubles psychiques associés au syndrome douloureux somatoforme entraînent une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ne nécessitant pas de contraintes physiques et ne nécessitant pas de connaissances particulières, le pronostic étant par ailleurs réservé.

Il s'agit-là indiscutablement de faits nouveaux et importants, qui n'avaient pas été diagnostiqués auparavant. Contrairement à ce que soutient le SMR, le Tribunal considère qu'il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante de l'expertise et de s'écarter des conclusions claires et convaincantes émises par les experts, de sorte qu'il convient d'admettre que le recourant présente des troubles psychiques d'une gravité et d'une durée telle que sa capacité de travail est réduite à 50 % dans une activité adaptée. Il n'est pour le surplus pas nécessaire de recourir à une évaluation de la capacité de travail par le biais d'une observation professionnelle comme le préconise le recourant; en effet, il est établi que seule une activité adaptée est exigible et, s'agissant de troubles psychiques, l'évaluation médicale est déterminante.

10. Il s'agit d'examiner quelle est l'incidence de ce changement dans la capacité de travail du recourant sur son degré d'invalidité, en comparant les revenus avec et avec invalidité, l'année déterminante étant 2005 (ATF 129 V 222).

L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir

---

compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

En l'espèce, il convient de se référer aux données statistiques, aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité, le recourant n'exerçant plus d'activité lucrative depuis 2000.

Pour le revenu d'invalidité, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 55'056 fr. par année en 2004 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 et 2005 (41,6 heures; La Vie économique, 7-8/2007, p. 90, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 57'258 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2005 (indice 2115 : La Vie économique n° 9/2007, p. 99, tableau B10.3), on obtient un revenu annuel de 57'804 fr. 60, soit 28'902 fr. 30 à 50 %. Vu l'âge du recourant et sa nationalité, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15 %. Il en résulte un revenu d'invalidité de 57,50 %, arrondi à 58 % (ATF 130 V 122) ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

11. Conformément à l'art. 88bis al. 1 let. a du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, dès le mois où cette demande est présente (let. a) et s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c).

En l'occurrence, les médecins du COMAI considèrent que la capacité de travail du recourant a été réduite de 50 % depuis juin 2000 déjà, eu égard aux troubles psychiques. Toutefois, sur la base du dossier médical et des faits régnant à l'époque de la décision initiale, on ne peut conclure que la décision prise par l'intimé était manifestement erronée.

En conséquence, le recourant peut prétendre une demi-rente d'invalidité dès le mois où il a présenté la demande de révision, soit avril 2005.

12. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr.
13. Conformément à l'art. 69 bis al. 1 LAI, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 13 juillet 2007.
3. Dit et prononce que le recourant a droit à une demi- rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2005.
4. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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