

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1817/2006

ATAS/215/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 26 février 2007**

En la cause

Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié , PETIT-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER,  
Juges**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur L\_\_\_\_\_, né le 1967, a déposé le 30 mai 1991, alors qu'il effectuait un apprentissage de facteur, une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes aux fins d'obtenir un reclassement professionnel en raison de problèmes de hanche à ressaut.
2. Il a bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité de dessinateur-électricien à partir du 9 août 1993 qu'il a dû interrompre en raison de problèmes d'adaptation psychosociale qui ont motivé la mise en œuvre d'une expertise confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de Lausanne (ci-après le COMAI).
3. L'expertise du COMAI du 8 juillet 1994 a retenu un diagnostic de périarthrite coxo-fémorale gauche consécutive à deux interventions chirurgicales pour une hanche à ressaut et de suspicion de névrome cicatriciel de la face interne du genou gauche ayant une influence sur la capacité de travail mais uniquement dans une profession impliquant des travaux de force, des déplacements fréquents ou le port de charges. En revanche dans une activité de dessinateur en électricité la capacité serait de 100%. L'examen psychiatrique a mis en évidence des troubles somatoformes douloureux réactionnels à un accident anxigène ainsi qu'une personnalité dépendante ayant valeur de maladie et devant être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Les médecins du COMAI concluaient à la reprise des mesures de réadaptation.
4. Dans le cadre de la deuxième mesure de reclassement professionnel, l'assuré a à nouveau été mis au bénéfice d'un apprentissage de dessinateur en électricité auprès d'un bureau d'ingénieurs en électricité genevois pour la période du 2 août 1995 au 31 juillet 1999. Il a été licencié par son patron d'apprentissage le 4 février 1997 en raison d'un taux d'absentéisme proche de 50%. Le rapport de la division de réadaptation professionnelle concluait à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée.
5. Une expertise psychiatrique fut confiée au Dr A\_\_\_\_\_, psychiatre spécialiste FMH. Dans son expertise du 16 juin 1997, le psychiatre a relevé que l'assuré ne présentait pas de signe de psychose ni de mélancolie, mais bien des troubles de la personnalité avec des réactions de type infantile ayant entraîné des troubles du comportement. Le diagnostic de troubles de la personnalité, du caractère et du comportement, ainsi que celui d'atteinte chronique de la hanche et du genou gauche ont été retenus. Le diagnostic retenu en 1994 de personnalité dépendante était selon lui justifié mais ne devrait pas empêcher une nouvelle tentative de recyclage dans une activité compatible avec les limitations somatiques.
6. Dans son rapport du 9 août 1997, la division de réadaptation de l'assurance-invalidité a conclu que c'était bien "l'aspect psychiatrique de la problématique qui

empêchait l'assuré d'arriver à s'assumer en tant qu'adulte, de réussir une réadaptation et de se réinsérer dans le monde du travail". Compte tenu de la pathologie psychiatrique mise en évidence par le Dr A\_\_\_\_\_ et des essais de réadaptation infructueux, la division précitée a considéré qu'elle ne pouvait cautionner une nouvelle prolongation des mesures de réadaptation et préconisait l'octroi d'une rente d'invalidité.

7. Par courrier du 18 septembre 1997, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a informé l'assuré que, compte tenu de son taux d'absentéisme proche de 50% durant les différentes tentatives de reclassement professionnel et de la pathologie psychiatrique l'empêchant de se réinsérer dans le monde du travail, il refusait de prendre en charge un reclassement professionnel qui ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de diminuer l'invalidité dans une mesure suffisante pour exclure ou limiter le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il estimait néanmoins que l'assuré était capable d'exercer une activité simple en atelier protégé pour un salaire minimum de 866 fr. qui, comparé avec le salaire auquel il aurait pu prétendre sans atteinte à la santé, révélait une perte de gain de l'ordre de 80%.
8. L'OCAI a, par décision du 22 janvier 1998, octroyé à l'assuré une rente ordinaire simple d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 80% à partir du 5 février 1997.
9. En date du 7 novembre 2001, l'OCAI a initié une procédure de révision de la rente. Dans le cadre de celle-ci, une expertise rhumatologique a été confiée au Dr B\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, qui a rendu un rapport le 19 avril 2004. Les diagnostics étaient les suivants : "hanche à ressaut à gauche, douleurs du genou gauche, lombalgies chroniques, antécédent de fracture de la cheville droite, possible syndrome anxio-dépressif". Il a considéré qu'au niveau ostéo-articulaire, il existait vraisemblablement depuis 1997 une incapacité de travail de 20% dans tout type d'activité en particulier lors de ports de charges lourdes répétés à cause de la discopathie L5-S1 et de l'affection dégénérative débutante du genou. Il a estimé par ailleurs qu'il n'y avait pas d'indication à une réadaptation professionnelle mais a considéré qu'en raison de l'inactivité depuis 1997, il était nécessaire d'envisager dans un premier temps une reprise du travail progressive avec un encadrement psychologique. Une activité sans port de charges lourdes répétée de plus de 15 kilos, avec changement de position possible devait pouvoir être effectuée à 80%.
10. Dans ses rapports des 5 décembre 2001 et 7 juillet 2004 à l'OCAI, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, posait le diagnostic de gonalgies chroniques suite à un accident de vélo de juin 1990, et estimait l'incapacité de travail de son patient à 80% depuis le 5 février 1997. L'état de santé de celui-ci, stationnaire, n'était pas améliorable. Selon l'annexe au rapport, l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, le médecin traitant suggérait une expertise médicale.

Il a par ailleurs répondu par la négative à toutes les questions relatives aux capacités fonctionnelles de son patient.

11. En date du 28 octobre 2004, l'OCAI a confié une expertise complémentaire au Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, psychiatrie et psychothérapie. Il ressortait du rapport d'expertise du 23 août 2005 que, d'un point de vue psychopathologique, l'assuré présentait un fond dysthymique; il n'existait pas d'éléments cliniques évoquant un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère ou de troubles de l'anxiété. En revanche persistaient un tableau algique très localisé au niveau de la jambe droite et du genou gauche qui paraissait plus subjectif qu'objectif et un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Comme le Dr B\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que les problèmes algiques de l'assuré ne devraient pas l'empêcher d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques objectives à un taux de 80 à 100% et que c'était donc bien la dimension psychologique qui était le facteur limitatif, en particulier le dysfonctionnement de la personnalité. Compte tenu du caractère chronique des troubles et de la durée de l'incapacité de travail, il lui semblait irréaliste de penser que l'assuré puisse reprendre une activité à plein temps. En revanche, il devait pouvoir travailler à mi-temps. En résumé, d'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% maximum dans toute activité depuis 1990 avec une légère amélioration depuis 1999. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient par ailleurs pas indiquées.
12. Dans son rapport d'examen du 24 octobre 2005, le SMR Léman, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a considéré que le trouble de la personnalité retenu associé aux troubles physiques de l'assuré entraînait une limitation de la capacité de travail de 50% suite à une amélioration progressive depuis 1999.
13. Par décision du 5 décembre 2005, l'OCAI a, sur la base des documents médicaux en sa possession, constaté que l'état de santé de l'assuré s'était progressivement amélioré et qu'il était en mesure de reprendre une activité lucrative à 50% dans son ancienne activité ou une autre activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004; il lui a ainsi alloué une demi-rente au lieu d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2006.
14. En date du 20 janvier 2006, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Il considérait que les rapports d'expertises psychiatrique et rhumatologique des deux médecins mis en œuvre par l'OCAI n'apportaient aucune preuve de l'amélioration de son état de santé depuis l'octroi de la rente en février 1997. Il a relevé, par ailleurs, que le taux d'incapacité de travail retenu sur le plan psychiatrique de 50% devait s'ajouter à l'incapacité de travail de 20% retenue sur le plan physique et donner ainsi un taux de 70%. Enfin, il a ajouté, à titre subsidiaire, que ne travaillant plus depuis plus de 12 ans, une réduction maximum de 25% se justifierait en cas de

reprise hypothétique d'un travail portant ainsi son invalidité à plus de 70% lui permettant de conserver sa rente complète.

15. Dans son avis médical du 20 février 2006, le SMR a relevé que l'assuré était très actif avec sa famille, ce qui pourrait correspondre à un travail léger à 50% au moins, et qu'il avait obtenu un brevet d'arbitre de natation en 2003, tableau nettement différent de celui de 1994 où ses activités se résumaient à quelques ballades et aux soins aux enfants, tous les loisirs ayant été arrêtés. Son état de santé au sens des capacités fonctionnelles s'était dès lors amélioré objectivement.
  
16. Par décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 5 décembre 2005. Il a relevé en substance qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des deux expertises qu'il avait ordonnées lesquelles constataient que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. D'une part, l'expertise somatique du Dr B \_\_\_\_\_ retenait qu'une activité à 80% était compatible avec les diagnostics de hanche à ressaut, de gonalgies et de lombalgies. D'autre part, l'expert psychiatre concluait quant à lui à une incapacité de travail d'au maximum 50% en raison d'un fond dysthymique, sans éléments cliniques qui puissent évoquer un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère ou un trouble de l'anxiété généralisée ou spécifique. L'OCAI a souligné également qu'il ressortait des éléments médicaux recueillis que l'assuré était très actif avec sa famille, qu'il avait obtenu un brevet d'arbitre en natation en 2003, qu'il avait presque obtenu en 1999 un poste de gardien de piscine, démontrant dans les faits qu'il était capable de reprendre une activité lucrative, les raisons de l'échec étant étrangères à son état de santé. Par ailleurs, il a indiqué que l'assuré lui-même avait confié à l'expert qu'il se sentait apte à pouvoir travailler. Quant au taux de capacité résiduelle de travail retenu, il tenait compte tant du volet somatique que du volet psychiatrique. Une comparaison des revenus était superflue, le taux d'invalidité correspondant au degré d'incapacité de travail. Enfin, l'argument d'une prise en compte d'un abattement de 25% était également irrelevante dans la mesure où un tel abattement ne pourrait intervenir que lors de l'évaluation de l'invalidité opérée sur la base de salaires ressortant des statistiques.
  
17. Par mémoire du 19 mai 2006, l'assuré recourt contre la décision sur opposition du 3 avril 2006 par devant le tribunal de céans. En préambule, il relève que postérieurement à la décision sur opposition, l'existence d'une tumeur maligne au niveau du rein a été mise en évidence et qu'il devrait subir une opération consistant en l'ablation du rein. Ce fait est confirmé par certificat médical du 3 mai 2006 du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie. Le recourant se réfère également à un courrier du 11 mai 2006 de son nouveau médecin spécialisé en rhumatologie, le Dr F \_\_\_\_\_, attestant que son état de santé ne s'était pas amélioré mais avait au contraire tendance à se péjorer.

18. Dans le délai qui lui a été accordé pour compléter son recours, le recourant indique que l'opération au niveau rénal, qui a eu lieu le 14 juin 2006, s'est bien déroulée et qu'il reste dans l'attente d'analyses approfondies par un oncologue. Il indique également avoir consulté un médecin psychiatre en raison de l'état dépressif sévère qu'a entraîné son état de santé et la dégradation de sa situation financière. Il persiste dans les termes de son recours.
19. Par préavis du 17 juillet 2006, l'OCAI observe au sujet des pièces médicales nouvelles produites par le recourant, notamment de la lettre du Dr F \_\_\_\_\_, que la déchirure du ménisque survenue en 2005, ne représente pas une cause d'incapacité de travail durable, une intervention (arthroscopie) étant possible avec un arrêt de quelques semaines seulement. Concernant la tumeur d'un rein dont fait état le certificat du Dr E \_\_\_\_\_ du 3 mai 2006, il y a lieu de constater qu'il s'agit d'une atteinte postérieure à la décision sur opposition et que cette nouvelle atteinte pourrait, le cas échéant, faire l'objet d'une demande de révision mais n'est pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision attaquée a été rendue.
20. Par courrier du 25 juillet 2006, le tribunal de céans demande au Dr E \_\_\_\_\_ à quelle date la tumeur maligne du rein est, selon toute vraisemblance, apparue et si elle entraîne et avec quel degré et depuis quelle date une incapacité de travail du recourant.
21. En date du 15 août 2006, le médecin précité indique que le diagnostic de tumeur du rein gauche a été posé le 29 avril 2006, que l'intervention chirurgicale a eu lieu le 14 juin 2006 et que, suite à une telle intervention, il faut compter 4 à 6 semaines d'incapacité de travail. Son patient n'est toutefois pas venu au rendez-vous fixé le 15 août 2006.
22. Dans sa réplique du 22 août 2006, le recourant relève que la tumeur, décelée en avril 2006, avait très probablement pris naissance plusieurs mois auparavant et que, selon le Dr G \_\_\_\_\_, oncologue, la tumeur de l'urothélium transitionnel doit être considérée comme une maladie loco-régionale qui doit entraîner une surveillance des voies urinaires et de la vessie. Sur le plan psychique, le recourant communique une attestation du Dr H \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, du 26 juillet 2006, qui fait état d'un état dépressif d'intensité moyenne qui l'empêche de travailler sans toutefois pouvoir établir un pronostic. Le recourant considère que les rapports de ses médecins traitants et les attestations nouvelles médicales produites prouvent qu'il n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle ou, tout au plus une petite activité adaptée sans déplacement ou station debout prolongée. Enfin, il estime que le taux de réduction maximum de 25% devrait être appliqué pour tenir compte de ses handicaps physiques et psychiques, de son absence de formation professionnelle et des nombreuses années d'inactivité.

23. Dans sa duplique du 18 septembre 2006, l'OCAI précise que le taux d'incapacité de travail ne saurait résulter de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail d'origine somatique et psychique mais procède au contraire d'une appréciation globale. S'agissant de l'allégation de la péjoration de l'état de santé du recourant et de la production de pièces médicales nouvelles, l'intimé communique au tribunal de céans un avis médical du SMR qui considère que "l'opération du rein peut être considérée comme une guérison qui peut créer des gênes légères mais sans conséquences" et que, pour un travail léger, une reprise est possible après 4 à 6 semaines. L'état dépressif moyen en lien avec la survenance d'une affection grave est normal mais devrait rester transitoire d'autant plus que le traitement psychiatrique vient de commencer. Physiquement, la capacité de travail reste de 80 à 100% mais elle est diminuée par l'atteinte psychique et donc estimée globalement à 50%. L'intimé maintient ses conclusions tendant au rejet du recours.
24. Par courrier du 14 novembre 2006, le recourant indique que la situation évolue depuis le dépôt de son recours et qu'actuellement il subit une augmentation des sciatalgies gauches et de douleurs persistantes au niveau de la cicatrice abdominale mises en évidence dans un rapport du Dr I\_\_\_\_\_, neurologue, du 24 octobre 2006. Le rapport précité et l'IRM effectuée le 2 novembre 2006 prouveraient l'existence d'une péjoration sur le plan du membre inférieur gauche. Compte tenu de l'évolution négative de son état de santé, le point de vue de l'intimé ne saurait être admis.
25. Une copie du courrier susmentionné et de ses annexes ont été transmis à l'intimé pour information et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. a) 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

b) En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès février 1997. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Il en est de même des dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou



---

mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesure de réadaptation exigible. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

6. a) A teneur de 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. Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Enfin, il convient de rappeler que l'art. 17 LPGA 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).

b) Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre

subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable.

Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c, 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; ATFA non publié du 27 janvier 2006, I 674/04, consid. 3.2; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

7. a) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Pour qu'un rapport médical se voit reconnaître pleine valeur probante, il faut qu'il examine de manière complète les points litigieux, se fonde sur des examens approfondis, prenne en compte les maux dont se plaint l'assuré, soit établi en pleine connaissance les antécédents de celui-ci (anamnèse) et soit clair dans l'exposé des corrélations médicales et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert doivent être motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000, p.214 consid. 3a ; 1991, 311 ; VSI 1997, p.122, consid. 1). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c). Quant aux rapports des 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 ce dernier.

8. En l'espèce, il convient de déterminer si la rente entière d'invalidité, octroyée le 22 janvier 1998 avec effet au 5 février 1997, pouvait être réduite par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération.

a) Tout d'abord, il y a lieu de constater que les rapports d'expertise des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ remplissent les exigences jurisprudentielles susmentionnées permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Rappelons ensuite que pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale. Or tel n'est pas le cas en l'occurrence.

En effet, les diagnostics résultant des expertises ordonnées dans le cadre de la procédure de révision, à savoir celles des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ne s'écartent pas fondamentalement de ceux retenus à l'époque de la décision d'octroi de la rente entière. Sur le plan somatique, on retrouve les atteintes chroniques à la hanche et au genou gauches. Ces atteintes n'avaient, selon le rapport du COMAI, d'influence sur la capacité de travail que dans une profession impliquant des travaux de force, des déplacements fréquents ou le port de charges. Une capacité résiduelle de travail avait été ainsi retenue. L'expert B\_\_\_\_\_ a mis en évidence, outre les atteintes précitées, une discopathie et a conclu à une incapacité de travail de 20% depuis 1997 dans toute activité sans port de charges lourdes répété de plus de 15 kg avec changement de position. On ne peut dès lors pas conclure à une amélioration. Sur le plan psychiatrique, les constatations du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas non plus sensiblement différentes de celles retenues par le Dr A\_\_\_\_\_ à l'époque. En effet, les troubles de la personnalité, du caractère et du comportement retenus par celui-ci en juin 1997 peuvent être assimilés au dysfonctionnement de la personnalité dont fait état le Dr D\_\_\_\_\_ en 2005. Il convient de relever que le Dr A\_\_\_\_\_ avait préconisé une nouvelle tentative de recyclage dans une activité compatible avec les limitations somatiques. Ainsi, bien qu'il ne se soit pas prononcé expressément sur la capacité de travail, on peut déduire de ses conclusions qu'il considérait que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée. Dès lors, on ne saurait déduire de l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, qui a retenu une incapacité de travail à 50% au maximum dans toute activité depuis 1990 avec une légère amélioration depuis 1999, que l'état de santé du recourant se soit sensiblement amélioré.

Force est de constater que les avis des médecins dans le cadre des expertises mises en œuvre par l'OCAI lors de la procédure de révision ne permettent pas d'établir que le taux d'invalidité du recourant ait subi une modification notable par rapport à 1997 justifiant une révision. En définitive, pour réduire la rente par révision,

l'intimé s'est basé sur une appréciation médicale différente de la capacité de travail, laquelle n'est pas de nature à fonder une révision de la rente d'invalidité selon l'art. 17 LPGA.

b) Il convient dès lors d'examiner si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il faut pour ce faire déterminer si la décision initiale était à l'époque manifestement erronée ou pas.

Pour octroyer une rente entière au recourant, l'intimé s'est fondé essentiellement sur l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ qui concluait à l'existence d'une pathologie psychiatrique mais ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'expertisé. L'expert considérait que les échecs des tentatives d'activité professionnelle étaient dus à l'association des atteintes somatiques avec les troubles du comportement. Il considérait que le comportement de l'intéressé pouvait être amélioré par le biais d'une aide psychothérapeutique qui aurait été également utile pour la réussite des nouvelles mesures de recyclage qui devaient selon l'expert être tentées. Il indiquait par ailleurs que le fonctionnement de l'appareil locomoteur était comparable à celui décrit dans le rapport du COMAI de juillet 1994, lequel avait conclu à l'absence d'incapacité de travail dans une profession n'impliquant pas de travaux de force, de déplacements fréquents ou de port de charges. Ces considérations laissaient supposer que l'assuré conservait une capacité de travail importante et étaient plutôt de nature à exclure le caractère invalidant des troubles dont il souffrait. Or, l'OCAI s'est écarté sans motif de l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ et a admis l'existence d'une pathologie psychiatrique invalidante. Bien que l'expert ne se soit pas prononcé expressément sur la capacité de travail du recourant, les conclusions de son rapport auraient dû conduire l'intimé à instruire le dossier sur ce point. Ainsi, il y a lieu de constater que l'OCAI a admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante contre l'avis de l'expert et sur la base d'une instruction lacunaire, sans qu'une évaluation médicale de la capacité de travail du recourant n'ait été établie à satisfaction de droit. On est d'ailleurs conforté dans cette interprétation aujourd'hui à la lecture du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 août 2005 qui a conclu à une incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique d'un maximum de 50% dans toute activité depuis 1990 avec une légère amélioration depuis 1999.

Par ailleurs, l'OCAI a estimé que le recourant était capable d'exercer une activité simple en atelier protégé et de réaliser ainsi un revenu de 866 fr. par mois (salaire horaire de 5 fr.). Comparé avec celui auquel il aurait pu prétendre sans atteinte à la santé, il a considéré que la perte de gain qui en résultait était de l'ordre de 80% et justifiait l'octroi d'une rente entière. L'appréciation de l'OCAI quant à la capacité du recourant d'exercer une activité en atelier protégé n'est fondée sur aucun élément médical pertinent, de même que la fixation du taux d'invalidité à 80% n'est pas motivée, de sorte que l'on ne sait pas sur quelle base il a été calculé.

Ainsi, en sus d'une instruction lacunaire au plan médical, l'évaluation de l'invalidité n'était pas conforme à la loi. En conséquence, la décision de l'OCAI qui a, contre l'avis de l'expert psychiatre mandaté, suivi l'avis de la division de réadaptation qui refusait de cautionner une nouvelle prolongation des mesures de réadaptation et octroyé une rente entière à l'assuré, était manifestement erronée et peut donc faire l'objet d'une reconsidération.

Il convient dès lors d'examiner si et dans quelle mesure les atteintes à la santé dont souffre le recourant limite sa capacité de travail.

9. Le recourant souffre de coxalgies gauches chroniques, de gonalgies gauches et droites, de lombalgies ainsi que de troubles psychiques.

Sur la base de ces diagnostics, le Dr B\_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail du recourant sur le plan somatique à 80% depuis 1997 dans une activité sans port de charges lourdes répété de plus de 15 kilos avec changement de position possible. Le Dr C\_\_\_\_\_, ancien médecin traitant, considérait en revanche dans son rapport du 7 juillet 2004 que l'incapacité de travail était de 80% depuis février 1997. Le Dr F\_\_\_\_\_ a, quant à lui, estimé que l'état de santé du recourant avait tendance à s'aggraver notamment suite à une déchirure du ménisque droit. Les conclusions de celui-ci quant aux répercussions des atteintes sur la capacité de travail de son patient sont toutefois contradictoires puisqu'il considère d'une part, que la réduction de la rente d'invalidité n'est pas justifiée mais d'autre part, qu'une activité adaptée évitant tout déplacement ou station debout prolongée et travaux de force serait la seule solution pour lui permettre de reprendre le travail. On ne saurait donc en l'état admettre que cette déchirure méniscale engendre une incapacité de travail durable dans une activité adaptée. S'agissant de l'incidence du cancer du rein sur la capacité de travail du recourant, aucun des médecins ne se prononce en faveur d'une incapacité de travail durable. Au contraire, selon l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail postérieure à une néphrectomie est en règle générale de quatre à six semaines seulement. Par ailleurs, les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ considèrent que l'évolution post-opératoire est favorable et nécessite des contrôles réguliers mais aucun des deux n'évoque la possibilité d'incapacité de travail durable. Aussi faut-il considérer que les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ quant à l'incidence de l'état de santé physique du recourant sur sa capacité de travail sont convaincantes et ne sont contredites par aucun des médecins consultés par le recourant. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter.

Sur le plan psychique, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait un fond dysthymique sans éléments cliniques évocateurs d'un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère et a évoqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique. Du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail est, selon lui, d'au maximum 50% dans toute activité sans diminution de rendement depuis 1990 avec une légère

amélioration depuis 1999. En revanche, selon l'attestation médicale du 26 juillet 2006 du Dr H\_\_\_\_\_, le recourant serait incapable de travailler. Cet avis émanant d'un médecin traitant - qui ne suit le recourant que depuis le 7 juillet 2006 - vise un état de fait postérieur à la décision sur opposition et n'a donc pas à être pris en compte dans la présente procédure. Quoi qu'il en soit, elle n'apporte aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ qui a été rendu au terme d'entretiens personnels, de tests psychométriques et d'une anamnèse approfondie de la personne du recourant et auquel une pleine valeur probante peut être accordée.

Au vu de ce qui précède, le tribunal de céans se fondera sur les conclusions de l'expertise psychiatrique et de l'expertise rhumatologique, des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ et retiendra une capacité résiduelle de travail globale de 50% dans toute activité sans port de charges lourdes répété avec changement de position et ce, depuis 1997.

Reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

10. a) 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 222 et 128 V 174).
- b) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu à prendre en considération est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait (art. 26 al. 2 RAI).
- c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/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 (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

11. a) En l'occurrence, au moment de la naissance du droit à la rente en février 1997, le recourant effectuait un apprentissage de dessinateur en électricité dans le cadre d'une mesure de reclassement professionnel. Pour déterminer le revenu sans invalidité, le tribunal de céans se fondera, en l'absence d'éléments précis sur le revenu moyen d'un dessinateur en électricité, sur la Convention collective de travail des bureaux d'architecte de Genève du 1<sup>er</sup> juin 2001, laquelle fixe le salaire annuel des dessinateurs-architectes avec cinq ans d'expérience à 55'900 fr. Ladite convention n'existant que depuis 2001, il conviendra d'adapter le salaire précité en fonction de l'indice des salaires de 1997, et de retenir un revenu annuel moyen de 53'431 fr., soit un salaire mensuel de 4'452 fr. 60.

b) Pour le revenu d'invalidé, il y a lieu, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), conformément à la jurisprudence (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références). Il convient de se fonder sur le salaire auquel pouvait prétendre un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4) en 1996, soit 4'294 fr. (ESS 1996 TA1, p. 17, valeur médiane, tous secteurs confondus). Adapté à l'évolution des salaires pour l'année 1997 (1,0038%), ce salaire mensuel hypothétique doit être porté à 4'311 fr. 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 1997, il y a lieu de l'ajuster à 41,9 heures par semaine (La vie économique 2006, p. 90, B 9.2), ce qui correspond à un salaire mensuel de 4'515 fr. 80 par mois et 2'257 fr. 90 à 50%. Ce montant doit encore faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne du recourant et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (ATF 126 V 78 consid. 5).

c) S'agissant de la déduction à opérer sur le revenu d'invalidé retenu, il y a lieu de procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi admis, dans le cas d'une personne sans formation professionnelle, n'ayant pas exercé d'activité depuis plusieurs années et souffrant de diverses atteintes à la santé (important déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire, troubles du comportement, personnalité borderline, troubles du dos et de la hanche), un abattement de 10% (ATFA non publié du 8 juillet 2003 I 9/03).

Dans un autre cas, le TFA a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer

des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001, I 422/01).

Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié du 23 octobre 2000, I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10 % en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées.

Par ailleurs, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (ATFA non publié du 10 octobre 2003, I 412/03).

Enfin, le TFA a admis un abattement de 15% dans le cas d'un jeune assuré, qui avait dû interrompre son apprentissage d'étancheur suite à une chute, en raison des limitations fonctionnelles et de l'absence de formation (ATFA non publié du 6 juillet 2005, I 149/05)

Au regard de la situation du recourant (limitations fonctionnelles sur le plan physique, absence de formation, travail à temps partiel, nombreuses années sans activité professionnelle), une déduction de 15 % paraît adéquate en l'espèce, ce qui revient à fixer le revenu d'invalidité à 1'919 fr. 20. La comparaison avec le revenu sans invalidité de 4'452 fr. 60 conduit à un taux d'invalidité de 57%. Ce taux n'ouvre le droit qu'à une demi-rente d'invalidité et non pas à une rente entière.

12. En conséquence, la décision sur opposition de l'OCAI doit être maintenue par substitution de motifs dans le sens où la rente entière est réduite à une demi-rente non en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant mais parce que la décision initiale d'octroi de rente était erronée et que seule une incapacité de travail de 50% aurait dû être retenue.
13. Le recours doit dès lors être rejeté.



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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

La greffière-juriste :  
Catherine VERNIER

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