

## **GE\_GERICHTE A/1091/2007 vom 16. September 2008**

GE Cour de justice, 2008-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1091\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1091_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/1091/2007 du 16 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/1091/2007 del 16 settembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.09.2008  
A/1091/2007

A/1091/2007 ATAS/1022/2008 du 16.09.2008 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1091/2007  
ATAS/1022/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 1 du 16 septembre 2008 En la cause Monsieur K\_\_\_\_\_,  
domicilié à Genève, représenté par FORUM SANTE, Mme Christine BULLIARD  
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de  
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur K\_\_\_\_\_, né en 1966 et d'origine  
Kosovare, est arrivé en Suisse en 1989 pour y travailler en tant que manœuvre dans le  
bâtiment. Il a travaillé pour divers employeurs, par l'intermédiaire de l'agence de placement  
X\_\_\_\_\_. Le 17 décembre 1992, l'assuré a été blessé au pied droit lors du démontage  
d'une citerne. Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas  
d'accidents (ci-après : la SUVA) qui a servi les indemnités journalières. Le 11 novembre  
1993, l'assuré a présenté à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI)  
une demande de prestations tendant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle  
profession ; il n'avait plus travaillé depuis l'accident du 17 décembre 1992. Dans le cadre  
de l'instruction du dossier, l'OCAI a pris connaissance du dossier médical de la SUVA, à  
savoir notamment : - le rapport de sortie du 22 juin 1993 de la Clinique de médecine  
rééducative de la SUVA à Bellikon, où le recourant avait séjourné du 10 mai au 18 juin  
1993, qui observait que malgré six semaines de physiothérapie intensive, il n'avait pas été  
possible d'obtenir une diminution des troubles et/ou amélioration de la mobilité. Les  
médecins étaient d'avis que la situation psycho-sociale du patient influençait le processus  
de guérison. La manière dont l'assuré participait aux exercices et le peu d'importance qu'il  
accordait à l'entraînement fonctionnel n'étaient pas explicables par les constatations  
somatiques, et très éloignés de toute adéquation. Il est vrai que les radiographies montraient  
une arthrose de l'articulation tibiotarsienne, mais celle-ci était peut-être liée à une  
malformation congénitale ou à une blessure remontant à la petite enfance. La situation  
médicale n'était toutefois pas stabilisée. - le rapport du 15 août 1994 du Dr A\_\_\_\_\_,  
psychiatre au Centre des céphalées et consultation de la douleur de Genolier, exposant que  
le recourant avait complètement refusé le test de Rorschach, le comportement algique  
s'étant accentué massivement au cours du test de même que la tendance à regarder ailleurs.  
Le test montrait qu'il s'agissait d'une sinistrose grave et que l'on ne se trouvait pas face à  
une maladie psychiatrique au propre sens du terme. L'assuré était capable de travailler mais  
il cherchait à convaincre du contraire, ce qui était en concordance avec le diagnostic de  
sinistrose. Il ne voulait pas reprendre le travail car il pensait qu'il ne pouvait pas. Le 8 juin  
1995, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que selon les renseignements  
médicaux recueillis, l'atteinte à la santé présentée par l'assuré n'était pas susceptible

d'entraîner une invalidité. Dans l'intervalle, le Dr B \_\_\_\_\_, chirurgien, a diagnostiqué une synostose partielle de l'articulation sous-astragaliennne postérieure de la cheville droite (courrier du 8 mai 1995), devenue symptomatique suite à l'accident, et a préconisé une intervention chirurgicale ; l'opération a eu lieu le 20 juillet 2005 à la Clinique d'orthopédie-chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG - résumé de l'observation du 2 août 1995). L'assuré a subi à cette occasion une double arthrodeèse. Par décision du 22 novembre 1995, la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI a admis le recours interjeté par l'assuré, au motif que la décision de l'OCAI du 8 juin 1995 avait été prise sur la base d'un état de fait erroné, la présence d'une lésion au pied droit ayant été confirmée par le rapport des HUG. Le dossier devait par conséquent être renvoyé à l'OCAI pour nouvel examen et nouvelle décision. Le 31 octobre 1996, la CNA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière, dès lors qu'il n'y avait plus lieu de s'attendre à une amélioration notable des suites de l'accident. Elle a octroyé à l'assuré une rente invalidité fondée sur une incapacité de gain de 25%, dès le 1<sup>er</sup> novembre 1996, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% (courrier de la CNA du 20 septembre 1996 et décision du 23 mai 1997). Sur mandat de l'OCAI, l'assuré a été examiné par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Lausanne en date des 5, 6, 7 et 20 juin 2000, notamment par le Dr C \_\_\_\_\_, rhumatologue, et la Dresse D \_\_\_\_\_, psychiatre. Selon le rapport d'expertise du 3 octobre 2000, l'assuré se plaignait principalement de douleurs au niveau de la cheville droite, l'obligeant à se déplacer avec des cannes depuis l'accident, et de vertiges rotatoires d'origine non déterminée. Sur le plan strictement rhumatologique, l'examen mettait en évidence des limitations en relation avec un status après double arthrodeèse de la cheville droite ; il n'y avait pas de signe en faveur d'une dystrophie du membre inférieur droit, ni d'insuffisance artérielle ou une lombosciatique paralysante ; l'absence de mobilisation active se traduisait par une légère hypotrophie du mollet et de la cuisse. Les limitations organiques observées permettaient théoriquement une activité professionnelle en position assise prolongée, vu l'absence d'atteinte organique du rachis et des membres supérieurs. L'ensemble des données cliniques et para-cliniques ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse chez ce patient qui théoriquement devait être capable de marcher sans cannes, de dérouler son genou. Il convenait ainsi de retenir le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux du membre inférieur droit, pour lequel tous les autres critères diagnostics selon le DSM-4 étaient présents ; les limitations en relation avec le trouble somatoforme douloureux, étaient secondaires à un vécu douloureux chronique et ayant dans ce sens valeur d'atteinte à la santé. Sur le plan psychiatrique, le status observé était celui d'un patient collaborant, peu démonstratif, peu revendicateur mais passablement passif et régressé. Les tests psychologiques complémentaires effectués (RORSCHACH et TAD) avaient en revanche montré un patient méfiant, avec des aspects caractériels permettant de poser le diagnostic de personnalité psychotique avec traits paranoïdes rigides chez quelqu'un qui avait un comportement particulièrement oppositionnel. Il présentait un état dépressif au moment de l'expertise, en relation avec l'expulsion de sa femme ; il possédait très peu de soutien, son cercle d'amis était très restreint, il sortait très peu et ne conduisait plus depuis l'accident. Certains éléments parlaient également en faveur d'une amplification des symptômes (signes de non-organicité, discordances, comportement méfiant et oppositionnel lors de l'exécution des tests psychologiques) mais les critères n'étaient pas remplis pour retenir le diagnostic de sinistrose, qui avait été posé par le Dr A \_\_\_\_\_ en 1994. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble somatoforme douloureux, trouble

mixte de la personnalité, état dépressif majeur, actuellement de degré moyen, de sensation vertigineuse d'origine indéterminée, de décompensation post-traumatique d'une synostose partielle de l'articulation sous-astragalienne postérieure droite, d'une ostéophytose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne droite, et de status post-double arthrodèse.

Globalement, l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité d'ouvrier en raison du status post-arthrodèse ; il possédait en revanche une capacité de travail de l'ordre de 50% en position assise même prolongée, à tout le moins à partir du 20 juillet 1995, et ce en raison du trouble somatoforme douloureux avec un état régressif et des troubles mixtes de la personnalité. S'agissant de l'état dépressif observé, il était en partie réactionnel au départ de l'épouse et il ne revêtait pas une importance suffisante pour agir sur la capacité de travail. Vu les troubles de caractère, des mesures professionnelles n'étaient pas proposées, d'autant plus qu'elles avaient déjà été effectuées dans le cadre d'un COPAI, sans succès. Sur le plan thérapeutique, il n'y avait pas de possibilité de traitement mis à part celui du trouble de l'humeur pour lequel un traitement antidépresseur pouvait être proposé.

Par décision du 10 janvier 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière, pour la période du 17 décembre 1993 au 31 octobre 2000. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2000, il avait droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 57%, en tenant compte du revenu réalisé dans une activité sédentaire à 50% (expertise du COMAI) par rapport au revenu réalisé avant l'atteinte à la santé à plein temps. Le 17 février 2004, l'OCAI a entrepris la révision d'office du droit à la rente et adressé à l'assuré le questionnaire prévu à cet effet. L'assuré a répondu, en date du 26 février 2004, que son état de santé était stationnaire, son médecin traitant étant le Dr E\_\_\_\_\_ du Groupe médical des Grottes. Dans un rapport du 17 mai 2004, le Dr E\_\_\_\_\_ a exposé que l'état de santé de son patient ne présentait aucun changement ni objectif ni subjectif par rapport à l'expertise du COMAI du 3 octobre 2000. Interpellé par la Dresse F\_\_\_\_\_ du Service régional médical de l'assurance-invalidité (SMR), le Dr E\_\_\_\_\_ a rajouté, par lettre du 24 juin 2004, que s'agissant des diagnostics, il convenait de s'en référer à la liste consignée en page 18 de l'expertise du COMAI. En particulier, l'état dépressif, qui avait des origines multiples, n'avait pas changé sur le plan clinique, la séparation avec sa femme et ses enfants jouant toujours un rôle. L'assuré continuait à suivre le traitement antidépresseur, qui n'était pas très efficace. S'agissant des limitations fonctionnelles et la capacité de travail, il convenait aussi de se référer à l'expertise du COMAI, la situation étant strictement identique. Dans un avis du 28 juillet 2004, la Dresse F\_\_\_\_\_ a préconisé de confier au Dr G\_\_\_\_\_ H\_\_\_\_\_ l'exécution d'une expertise psychiatrique, afin de déterminer si l'état psychique de l'assuré s'était modifié depuis l'examen du COMAI en 2000, notamment s'agissant de l'état dépressif réactionnel, et si des traitements médicaux étaient de nature à améliorer la capacité de travail. Sur le plan somatique, il convenait de confirmer la présence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (assise). Dans un rapport d'expertise du 7 octobre 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a exposé que l'on était en présence d'un assuré accidenté en 1992 et dont l'état de santé avait été investigué de manière intense depuis lors. Tant sur le plan somatique que psychiatrique, les résultats des examens étaient toujours quelque peu contradictoires et ambivalents. Tantôt quelques examinateurs appuyaient la vision d'une atteinte somatique, tantôt cette dernière était remise en question. Sur le plan psychiatrique, les avis étaient même plus divergents et clivés, basculants entre les termes de sinistrose, d'hystérie, de démonstration et des constats d'un état dépressif et d'une personnalité psychotique. Le point ralliant un consensus était celui de « troubles somatoformes douloureux ». S'agissant de la situation en 2004, l'expert

relevait que le tableau subjectif reflétait une situation passablement adoucie et adaptée à la réalité, une sorte d'arrangement de l'assuré avec les données sociales, administratives personnelles et familiales compliquées. Il avait une forte insertion dans la famille de son frère et réussi à maintenir la relation avec son épouse, avec laquelle il avait eu deux autres enfants en 2001 et en 2003. Il n'affichait dans ce contexte aucune souffrance particulière, si ce n'est le souhait que la situation change. L'observation de l'assuré avait permis d'écarter avec certitude la présence d'un trouble dépressif ou de la personnalité, aucun des critères de la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif n'étant réalisé. De même, sans entrer en discussion autour du terme du trouble somatoforme, l'assuré ne présentait aucun des critères posés par la doctrine et la jurisprudence pour admettre un trouble somatoforme à caractère invalidant réalisés et aucun trouble de la personnalité n'était détecté. L'expert en a conclu qu'objectivement, il n'avait trouvé aucun argument pour une pathologie psychiatrique quelconque. Le seul diagnostic qui pouvait être retenu était celui de « majoration de symptômes psychiques » pour des raisons psychologiques et sociales, toute tentative de reclassement étant dans ce contexte inutile. Après avoir pris connaissance de l'expertise, le SMR a indiqué que dans la mesure où le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait plus retrouvé de trouble psychique invalidant, il y avait eu amélioration de l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail étant complète dans une activité épargnant son membre inférieur droit et se faisant en position assise. Lors de l'expertise du COMAI en 2000, l'assuré était dans un état aigu, suite au départ de son épouse et de sa fille. Les conditions d'examen étaient donc très différentes et expliquaient, en partie du moins, l'évolution des examens psychiatriques. Il convenait donc de retenir une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et ce à partir de la date d'expertise (avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2004). En date du 12 avril 2006, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré, en tenant compte d'une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de manoeuvre dans le bâtiment et entière dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles. Tant le revenu d'invalidité que le revenu sans invalidité ont été déterminés à l'aide des tables statistiques, le degré d'invalidité ainsi déterminé se montant à 14.4%. Par décision du 13 avril 2006, l'OCAI a supprimé, par voie de révision, la demi-rente d'invalidité précédemment octroyée, au motif que selon les conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, l'assuré ne présentait plus aucun trouble psychique invalidant, son état de santé s'étant ainsi amélioré. Le degré d'invalidité de 14.4%, déterminé au moyen d'une comparaison des revenus, ne donnait droit ni à une rente d'invalidité ni à un reclassement professionnel. La rente était par conséquent supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Par l'intermédiaire du Centre de contact suisses-immigrés, l'assuré a formé opposition le 23 mai 2006, en concluant principalement au maintien de la rente et à l'octroi de mesures de placement, voire à la mise en place d'une expertise multidisciplinaire. Il observait que s'agissant des atteintes à la santé d'origine somatique, le dossier n'avait plus été actualisé depuis 1995. Quant aux conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, elles n'étaient pas convaincantes et recelaient des contradictions et des analyses erronées de la situation médicale. Par décision du 20 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition. Dans le cadre de la procédure de révision d'office, le médecin traitant de l'assuré s'était borné à faire état d'un état stationnaire sans toutefois fournir aucune précision médicale. Il avait par ailleurs précisé qu'il voyait l'assuré tous les trois mois environ, le dosage médicamenteux effectué par le Dr H\_\_\_\_\_ ayant mis en évidence que les médicaments prescrits n'étaient pas utilisés. De plus, les conclusions du Dr

H\_\_\_\_\_ étaient claires et convaincantes et son expertise avait pleine valeur probante. Quant aux troubles somatiques, ils étaient demeurés inchangés, aucune pièce médicale au dossier ne faisant ressortir le contraire. Dans ces conditions, les faits étaient suffisamment établis et la mise en place d'une nouvelle expertise ne s'avérait pas nécessaire. La décision entreprise de suppression de rente était partant confirmée, le dossier étant transmis au service de placement compte tenu de la demande de l'assuré dans ce sens. Par courrier du 16 mars 2007, mis à la poste le même jour, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il faisait en substance valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la première décision de l'assurance-invalidité mais, au contraire, avait péjoré. Il sollicitait l'octroi d'un délai supplémentaire pour trouver un nouveau mandataire et compléter son recours. Représenté par FORUM SANTE, l'assuré a complété son recours par pli daté du 4 avril 2007. Il exposait que l'opération chirurgicale de 2005 avait nécessité le prélèvement d'un greffon à la hanche, cet acte ayant provoqué la section de nerfs et l'installation de douleurs à la hanche depuis lors. Sur le plan physique, le recourant était handicapé du membre inférieur droit et ne pouvait plus travailler qu'assis, la SUVA lui ayant attribué une rente d'invalidité de 25%. Ce point était demeuré inchangé et n'avait du reste pas été investigué ultérieurement par l'OCAI. Il convenait donc de retenir un degré d'invalidité de 25% pour les troubles physiques uniquement, ce qui suffisait pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles. S'agissant de l'état de santé psychique, il convenait d'une part de constater que la décision initiale, prise sur la base de l'expertise multidisciplinaire de l'OCAI, n'était à l'évidence pas erronée, de sorte que sa reconsidération n'entraînait pas en ligne de compte. Quant à la révision de la décision, le Dr H\_\_\_\_\_ avait omis de répondre à la seule question pertinente, à savoir celle de savoir si l'état de santé de l'assuré s'était significativement amélioré, son expertise analysant la situation comme s'il s'agissait de la détermination initiale des prestations. La lecture du rapport laissait apparaître que la situation avait toujours été celle qui se présentait lors de l'expertise. En conclusion, en l'absence d'une amélioration de l'état de santé du recourant depuis l'octroi de la demi-rente en janvier 2000, le versement de celle-ci devait être poursuivi. Subsidiairement, il convenait de retenir un degré d'invalidité de 25% pour les seuls troubles physiques et de mettre le recourant au bénéfice de mesures d'ordre professionnel. Dans sa réponse au recours en date du 24 mai 2007, l'OCAI a conclu à la confirmation de la décision entreprise, aux motifs de laquelle il convenait de renvoyer. Pour le surplus, la demande d'aide au placement avait été transmise au service compétent qui était en train d'étudier les possibilités. Le 11 décembre 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties en comparution personnelle. Le recourant a déclaré à cette occasion qu'il consultait à raison d'une fois par mois ou d'une fois tous les mois et demi le Dr E\_\_\_\_\_ qui lui prescrivait des antidépresseurs. Son état variait beaucoup, parfois s'améliorait, parfois s'aggravait. Il vivait seul à Genève ; sa femme et ses enfants étaient au Kosovo et il les rejoignait deux fois par an pour trois semaines - un mois. L'intimé a pour sa part produit un certain nombre de documents dont un rapport du stage dans le cadre de la fondation PRO que le recourant avait effectué du 16 juillet au 14 octobre 2007. Par écriture du 8 janvier 2008, le recourant a fait observer que le stage avait été organisé à l'insu du Tribunal et de son mandataire. Selon l'OCAI, le stage s'insérait dans la démarche d'une aide au placement et ne constituait pas une mesure d'instruction dans le cadre de la procédure de révision. Toutefois, selon la note du premier entretien, la finalité de la démarche était bien de déterminer la capacité de travail résiduelle. Or, une révision de rente ne pouvait se fonder que sur une amélioration de l'état de santé. De plus, l'entreprise

procédant à la réadaptation n'était pas compétente pour évaluer des limitations de nature psychique. Enfin, dans la mesure où le rapport de PRO retenait une capacité de travail de 80% sur un temps de travail de 80%, mais que ces taux étaient trop élevés sur le long terme, on arrivait également à un taux d'invalidité d'environ de 50%. L'OCAI a rétorqué, en date du 6 février 2008, que le stage effectué par le recourant auprès de la FONDATION PRO avait été octroyé au titre de mesure d'orientation professionnelle, laquelle ne constituait pas une mesure d'observation, mais s'inscrivait pleinement dans le cadre de l'aide au placement. La capacité de travail raisonnablement exigible avait été clairement établie par l'intimé au travers des expertises médicales auxquelles le recourant s'était soumis dans le cadre de l'instruction de son dossier. Le stage était en revanche un stage de réentraînement au travail, lequel devait permettre au recourant de retrouver un rythme et des compétences. Le 19 février 2008, l'OCAI a mis un terme au mandat de placement, au motif que l'assuré ne s'était pas présenté à un entretien le mercredi 9 janvier 2008 et ne s'était pas non plus excusé de son absence. Son assistante sociale avait fait savoir qu'il était parti pour le Kosovo à la mi-décembre pour environ un mois et qu'elle avait oublié d'en prévenir le service de placement ; elle avait promis qu'elle reprendrait contact dès le retour du recourant à la mi-janvier, ce qu'elle n'avait pas fait. Une copie du rapport de clôture a été communiqué au Tribunal de céans et au mandataire du recourant le 21 février 2008. Par courrier du 10 mars 2008, le mandataire du recourant a marqué son désaccord s'agissant du procédé de l'OCAI de poursuivre l'instruction du dossier en dehors de la procédure de recours. C'était la raison pour laquelle les productions de l'intimé en relation avec les démarches d'instruction effectuées ultérieurement au dépôt du recours devaient être écartées de la procédure. Le 18 mars 2008, le mandataire du recourant a fait parvenir au Tribunal un courrier de Madame L \_\_\_\_\_, assistante sociale au Centre de contact suisses-immigrés, expliquant à l'OCAI que de retour en Suisse, le recourant l'avait priée de reprendre contact avec le service de réadaptation, ce qu'elle avait oublié de faire. L'OCAI était donc invité à bien vouloir revenir sur la décision de clôture de l'aide au placement. Une copie de cette correspondance a été communiquée à l'intimé pour information. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Envoyée en courrier recommandé, la décision sur opposition du 20 février 2007 a été reçue par le recourant au plus tôt le lendemain et le délai a ainsi commencé à courir, au plus tôt, le 22 février 2007 (art. 38 al. 1 LPGA) ; le recours mis à la poste le 16 mars 2007 a ainsi été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une amélioration de son état de santé depuis la décision initiale de rente du 10 janvier 2002. a) 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. 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. b) 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). 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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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). Enfin, 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) ; un changement de jurisprudence n'est ainsi pas un motif de révision (ATF 129 V 200, consid. 1.2).

a) Les médecins du COMAI ayant procédé à l'expertise en 2000 ont observé que l'assuré se plaignait principalement de douleurs au pied droit depuis l'accident du mois de décembre 1992 et se déplaçait avec des cannes. Sur le plan strictement somatique, l'assuré devait pouvoir exercer une activité sédentaire adaptée, l'usage de cannes ayant été jugé non indispensable. Compte tenu de l'absence de substrat organique de nature à expliquer la persistance de ces plaintes, ils ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux du membre inférieur droit. En raison de l'état douloureux, l'assuré ne pouvait plus exercer aucun sport ou autre activité, il sortait très peu, son cercle d'amis s'était considérablement restreint et il ne conduisait plus sa voiture. Les experts du COMAI ont également retenu la présence d'un état dépressif majeur, actuellement de degré moyen, considéré comme réactionnel au départ de l'épouse et jugé non invalidant (cf. rapport du COMAI du 3 octobre 2000, p. 22, réponse à la question 2) et aussi de trouble mixte de la personnalité. Enfin, les signes de non organicité et de discordance entre les plaintes et les constatations objectives entraînent dans le cadre du tableau du trouble somatoforme douloureux, le diagnostic de sinistrose devant donc être écarté. S'agissant du caractère invalidant des affections observées, les experts ont retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison principalement du trouble somatoforme douloureux. b) Dans son rapport du 7 octobre 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a écarté tant le diagnostic de dépression que celui de trouble de la personnalité. Il a encore exposé que sur le plan psychiatrique, le point ralliant le consensus pendant les douze années d'investigations dont avait fait l'objet l'assuré avait été trouvé autour du terme de « trouble somatoforme douloureux », un diagnostic retenu surtout par voie d'exclusion et utilisé aussi en cas de perplexité médicale. En examinant uniquement si l'assuré souffrait d'un tel trouble dans le sens invalidant du terme, en se basant sur les critères de Mosimann et les différentes décisions du Tribunal fédéral des assurances ainsi que sa propre expérience clinique, l'expert a également exclu ce diagnostic. Il a notamment constaté qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, dès lors que l'assuré avait conservé des liens avec sa famille et qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique importante.

a) A la lecture de ces deux rapports, il convient de constater qu'effectivement, les diagnostics de dépression, de trouble de la personnalité et de trouble somatoforme douloureux posés par les médecins du COMAI en 2000 n'ont pas été retenus par le Dr H\_\_\_\_\_ quatre ans plus tard, ce praticien ayant

conclu à l'absence de toute maladie psychiatrique invalidante. b) Cependant, de l'avis du Tribunal de céans, cela ne saurait signifier en l'occurrence que l'état de santé du recourant se soit amélioré de manière à influencer le droit à la rente. En effet, l'octroi de la demi-rente reposait essentiellement sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les experts du COMAI ayant explicitement nié tout caractère invalidant à l'état dépressif. Or, c'est précisément le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux qui a été écarté par le Dr H\_\_\_\_\_, sur la base d'une appréciation différente d'une situation globalement identique. Alors que les experts du COMAI avaient estimé qu'en raison de son état douloureux, l'assuré avait altéré son fonctionnement social sous forme d'un isolement, en diminuant les contacts avec ses amis et en abandonnant toute activité de loisir ou sportive, le seul soutien venant du frère aîné qui habitait aussi à Genève (expertise du COMAI, pp. 12 – 13 et p. 17), le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que grâce à une forte insertion dans la famille de son frère et au maintien du contact avec son épouse au Kosovo, il n'y avait pas de perte de l'intégration sociale. Ce médecin a encore fait remarquer que l'essentiel de la souffrance psychique de l'assuré était mineure et se situait dans la perception subjective de la situation, surtout sociale, qui était inconfortable mais de loin pas catastrophique. Il était par ailleurs évident que la situation administrative de l'assuré en Suisse dépendait uniquement du maintien d'une atteinte à la santé. L'état d'invalidité était donc vital pour lui et sa famille. Sans celui-ci un retour à une réalité professionnelle et sociale certainement plus difficile l'attendait. Dès lors, le seul diagnostic qu'il pouvait retenir était celui de « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales ». Le Dr H\_\_\_\_\_ a d'ailleurs explicitement admis qu'il y avait « une nette différence d'appréciation par rapport au positionnement psychiatrique de l'expertise COMAI de 2000, plus proche de la vision de Bellikon et Genolier », dès lors que les moyens qu'il avait mobilisés pour faire les constats allaient nettement au-delà de ce qui avait été pratiqué jusqu'alors (expertise H\_\_\_\_\_, p. 23). c) Partant, le Tribunal de céans considère que les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ ne font pas état d'une modification significative de l'état de santé du recourant, mais remettent bien plutôt en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un état de fait fondamentalement identique - des experts du COMAI. Preuve en est l'adhésion du Dr H\_\_\_\_\_ à la « vision » de Bellikon et de Genolier (A\_\_\_\_\_), soit à deux évaluations médicales antérieures à l'expertise du COMAI de 2000 et qui avaient été remises en cause suite à la découverte d'une atteinte somatique objective. D'ailleurs, à la question de savoir si l'état psychique de l'assuré s'était modifié depuis l'examen du COMAI de 2000, le Dr H\_\_\_\_\_ a certes répondu par l'affirmative, mais il a rajouté que la recherche approfondie avait produit un tableau clinique différé, en insistant ainsi sur l'ampleur de ses investigations qui lui avaient permis de mieux cerner la situation. L'OCAI n'a du reste pas démontré l'existence d'un changement de circonstances, mais il s'est borné à retenir que dans la mesure où le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait plus retrouvé les diagnostics posés par les experts du COMAI, l'on était forcément en présence d'une amélioration de l'état de santé du recourant. Dans un avis du 27 octobre 2004, le SMR a indiqué qu'il convenait de considérer que lors de l'expertise de 2000, l'assuré se trouvait dans un état aigu suite au départ de son épouse et de sa fille, les conditions d'examen étant donc « très différentes et expliquant, en partie du moins, l'évolution des examens psychiatriques ». Or, le COMAI avait dûment tenu compte de cette situation dans son expertise, en déniait précisément à l'état dépressif réactionnel tout caractère invalidant. Enfin, il apparaît d'ailleurs que le diagnostic de trouble somatoforme, à l'origine de l'octroi de la demi-rente, a été écarté au seul motif que les critères restrictifs posés pour admettre son caractère

invalidant n'étaient pas réunis, ce qui relève d'une appréciation différente d'une situation globalement identique, les circonstances extérieures n'ayant pas véritablement changé. Partant, les conditions pour une suppression de la demi-rente d'invalidité par voie de révision ne sont pas réunies, dès lors que l'état de santé psychique ne s'est pas modifié de manière à influencer le droit à la rente et qu'au plan strictement somatique, l'ensemble des médecins qui se sont prononcés, y compris le médecin traitant et le SMR, est d'avis que la situation est demeurée stationnaire. a) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. b) 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 cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). c) Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). 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 (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1). 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 (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1 et les références). a) En l'espèce, c'était en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration avait recueilli l'expertise du COMAI, du 3 octobre 2000, et qu'elle s'était fondée sur cette dernière pour allouer au recourant une demi-rente, dès le 1er novembre 2000. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire. Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux

critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que les critères pour admettre le caractère partiellement invalidant d'un trouble somatoforme douloureux étaient réunis. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une demi-rente au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel, vu les troubles de la personnalité observés et l'échec des mesures déjà tentées. b) Enfin, on ne saurait juger du caractère invalidant ou non d'un trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par un psychiatre en 2000 à l'aune des critères plus restrictifs développés par la jurisprudence publiée à l'ATF 130 V 352, laquelle est postérieure à la décision initiale de rente (ATF non publié du 25 juin 2007, I 138/07, consid. 4.2). Dans ce sens, l'examen par le Dr H\_\_\_\_\_ des critères posés par cette jurisprudence n'est pas de nature à faire apparaître comme erronée l'expertise du COMAI. Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité du recourant. Bien fondé, le recours doit être admis. Les conclusions subsidiaires du recourant tendant à la mise en place de mesures de réentraînement au travail sont sans objet, l'OCAI ayant mis le recourant au bénéfice de telles mesures. Enfin, vu l'issue du litige, la demande du recourant d'écarter de la procédure les pièces en relation les mesures professionnelles mises en place par l'OCAI durant la procédure de recours est sans objet. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA, art. 61 let. g LPGA). Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule les décisions de l'OCAI des 13 avril et 20 février 2007 en tant qu'elles suppriment la rente d'invalidité du recourant. Condamne l'OCAI à payer au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI. 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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.