REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2197/2006 **ATAS/**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 20 décembre 2006

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Mme Christine BULLIARD c/o FORUM SANTE sis 27, boulevard Helvétique	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____ (ci-après: l'assuré), ressortissant portugais né en 1963, a exercé l'activité de maçon en Suisse de 1988 jusqu'en janvier 1994.

2. A partir du 20 janvier 1994, son médecin traitant, la Dresse A_____, lui a reconnu une incapacité de travail totale, en raison de cervicalgies dont le premier épisode était apparu en 1992.

3. Le 23 avril 1994, l'assuré a consulté le Dr B_____, neurochirurgien, qui a retenu le diagnostic de hernie discale C6-C7 droite, avec syndrome cervical sans douleur radiculaire. Il a proposé un traitement conservateur avant d'envisager un traitement chirurgical.

4. Le 24 août 1994, l'assuré a consulté le Dr C_____, médecin-adjoint au service neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui a diagnostiqué un syndrome vertébral cervical évoluant défavorablement malgré un traitement conservateur bien conduit. Il a proposé une intervention chirurgicale.

5. Du 5 octobre 1994 au 7 octobre 1994, l'assuré a effectué un séjour au service de neurochirurgie du CHUV.

6. Suite à ce séjour, le Dr E_____, chef de clinique de ce service, a examiné l'assuré le 21 octobre 1994. Il a conclu à des cervicalgies chroniques et a suspecté une tendinite du muscle sous-épineux. Il a fait état d'une mobilisation de l'épaule droite douloureuse. Vu l'efficacité d'une infiltration-test de l'épaule droite par de la Xylocaïne, le médecin a entrepris une infiltration au Dipophros.

7. Le 19 mars 1995, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI).

8. Dans le questionnaire pour l'employeur du 10 août 1995, l'entreprise X_____ SA a informé l'administration qu'en sa qualité de maçon, l'assuré n'avait plus travaillé depuis le 19 janvier 1994. En 2005, son salaire aurait été de 23 fr 05 de l'heure avec un horaire résultant de la convention collective du bâtiment alors en vigueur.

9. Le rapport médical intermédiaire de la Dresse A_____ du 13 octobre 1995 a relevé des cervicalgies. Ce médecin a posé le diagnostic d'une hernie discale C6-C7 droite avec syndrome cervical et a joint les rapports médicaux de ses confrères en annexe. Depuis le 20 janvier 2004, l'assuré avait été en incapacité de travail totale dans son activité usuelle. Il a également été mentionné que l'assuré avait commencé un cours de réadaptation professionnelle le 24 avril 1995 à l'Hôpital de Beau-Séjour qu'il avait interrompu en raison de douleurs exacerbées.

10. Le 17 décembre 1996, la faillite d'X_____ SA a été prononcée par jugement du Tribunal de première instance.

11. Dans son rapport de la division de réadaptation professionnelle, rendu suite à un examen de l'assuré le 7 juin 1997, M. F_____, technicien en réadaptation professionnelle, a relevé que l'assuré était limité dans des efforts importants et dans la position penché en avant. Compte tenu de ces éléments, il a suggéré un stage d'observation professionnelle COPAI au Centre d'intégration professionnelle.

12. Du 6 octobre 1997 au 28 novembre 1997, l'assuré a effectué un stage auprès du COPAI.

13. Le 17 décembre 1997, le Dr G_____ a diagnostiqué un syndrome cervical sur hernie discale C6-C7 à droite, traitée conservativement, accompagné de lombalgies chroniques communes réactionnelles à la situation cervicale. Selon ce médecin, l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée ne sollicitant pas la nuque en flexion ou rotation exagérée. Il prévoyait un risque de décompensations répétées. Il a considéré qu'un engagement à long terme risquait d'être compromis suite à une évolution défavorable d'un syndrome douloureux du rachis.

14. Selon le rapport du COPAI du 18 décembre 1997, l'assuré avait conservé une capacité de travail dans le circuit économique normal, comme aide-monteur ou servant de machine. Il fallait envisager une activité adaptée ne sollicitant pas la nuque ni en flexion ni en rotations continues. En outre, suite à un réentraînement à l'effort ou d'une mise au courant en entreprise de trois mois, un rendement de 70% sur un plein temps pouvait être exigé.

15. Le 15 septembre 1998 l'assuré a consulté le Dr H_____, chef de service adjoint au service de neurochirurgie du CHUV. D'avis de ce médecin, la sémiologie de l'assuré avait peu évolué. Il a fait état d'irradiations sans dermatome très précis dans le membre supérieur droit. Aucun traitement conservateur n'arrivait à soigner l'irridiation radiculaire ou pré-médullaire dans la région cervicale basse à droite (démontrée par une IRM avec forte discopathie C6-C7). Il a suggéré une nouvelle IRM. Suivant le résultat, une décompression devait être envisagée.

16. En date du 25 mai 1999, le Dr H_____ a réexaminé l'assuré. Il a constaté une tendinopathie du long du biceps à droite avec un point électivement douloureux sur la face antérieure de l'épaule avec exacerbation à la flexion du bras et abduction contrée. En revanche, la mobilisation cervicale était normale sous réserve d'une douleur irradiant lors de l'extension, sans aucun déficit neurologique. Les dernières IRM et scanner avaient dégagé une hernie discale C6-C7 droite à composante osseuse, avec compression de la partie droite du fourreau dural pré-médullaire. Un syndrome douloureux évoquait davantage une pathologie au niveau de l'épaule qu'au niveau cervical. En conséquence, il ne recommandait pas d'intervention sur la hernie.

17. En date du 7 mars 2000, l'assuré a de nouveau consulté le Dr H_____ en raison de brachialgies droites et de douleurs à l'épaule gauche. Compte tenu de ses douleurs il évoquait une périarthropathie de la coiffe des rotateurs. Il a proposé de traiter l'épaule en priorité ainsi que les insertions tendineuses de la région.

18. Dans son rapport médical intermédiaire du 23 mai 2000, la Dresse A_____ a jugé l'état de santé de l'assuré stationnaire. Elle a retenu des cervicodorsalgies, un état dépressif (dû aux douleurs chroniques et à la non réussite du stage de réinsertion professionnelle), une hypertension artérielle et un conflit douloureux de l'épaule gauche pour lequel l'assuré avait été adressé au Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% dans son activité usuelle depuis le 20 janvier 1994.

19. Le 8 juin 2000, l'assuré a été opéré d'un conflit sous acromial droite (section coracoacromial et acromioplastie) par le Dr I_____. Il s'en est ensuivi une incapacité de travail complète.

20. Lors d'un entretien téléphonique du 26 juin 2000 avec la Dresse A_____, celle-ci a déclaré au Dr J_____, médecin conseil de l'AI, que l'assuré avait subi une opération le 8 juin 2000 (tendinite et rupture partielle de la coiffe des rotateurs). Il fallait attendre trois mois de convalescence. Toutefois, par la suite, l'assuré était capable de travailler dans les postes décrits dans le rapport de stage du COPAI.

21. Le même jour, le Dr J_____ a conclu que, momentanément, l'assuré ne pouvait travailler suite à l'opération. Toutefois, on pouvait s'attendre à une amélioration début septembre 2000. A ce moment-là, une capacité de travail de 70% dans un poste adapté tel que décrit par le COPAI pouvait être exigée.

22. Sur la base de ces documents et par prononcé du 27 juillet 2000, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100% depuis le 20 janvier 1995. Une révision de la rente était prévue au 30 septembre 2000 déjà.

23. Par décision du 20 octobre 2000, l'OCAI a octroyé à l'assuré un droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1er novembre 2000.

24. Par une autre décision du 1er décembre 2000, cet office lui a octroyé un droit à des rentes d'invalidité entières rétroactivement du 1er janvier 1995 au 31 décembre 2000.

25. En mai 2004, l'OCAI a entrepris la révision de la rente. Le 8 mai 2004, l'assuré a rempli un questionnaire dans lequel il a déclaré que son état de santé était stationnaire.

26. Dans son rapport médical intermédiaire du 13 août 2004, la Dresse A_____ a attesté un état de santé stationnaire. Les cervicodorsalgies dont souffrait le recourant notamment, étaient stationnaires et étaient déclenchées par des petits efforts physiques (passer l'aspirateur p.ex.). Elle a relevé des douleurs dans les deux épaules dont l'évolution était chronique et ce, nonobstant un traitement de Dafalgan et de Brufen. Un état dépressif en voie d'amélioration a été souligné. S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin l'a jugée totale dans son activité de maçon. Elle s'est estimée incapable d'apprécier la capacité de travail résiduelle et a recommandé une évaluation dans le cadre d'un stage de réinsertion professionnelle.

27. Dans son rapport du 10 septembre 2004, suite à un examen et un résumé du dossier de l'assuré, le Dr K_____ du Service médical régional de l'AI du Léman (SMR), a conclu à une capacité de travail de l'assuré de 0% de manière définitive pour l'activité habituelle depuis le 20 janvier 1994. En revanche, il a estimé que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ce, dès la fin du mois de novembre 1997, soit à l'issue du stage effectué auprès du COPAI. Son rendement était toutefois diminué (70%). De fait, cette capacité de travail résiduelle n'avait pas été mise en valeur en raison de plaintes douloureuses cervico-scapulaires droites persistantes entre 1998 et 1999, jusqu'à l'opération de l'épaule gauche en juin 2000. Ce médecin a souligné que dès octobre 2000, l'exigibilité devait à nouveau être rétablie au taux de 70% dans une activité adaptée telle que définie au COPAI. Le Dr K_____ en a tiré la conclusion que la décision de l'OCAI du 20 octobre 2000 qui avait retenu le droit à une rente entière n'était pas étayée, manifestement erronée et incompréhensible. Il a estimé qu'en l'état, on ne pouvait se prononcer ni sur le maintien ni sur la réduction de la rente ni encore sur l'importance d'une telle réduction ou l'étendue de son effet rétroactif. A cet effet, il a suggéré que le COMAI entreprenne une évaluation médicale pluridisciplinaire.

28. Pour cette expertise médicale du 17 décembre 2004, les médecins du Centre d'observation médicale de Genève (ci-après: COMAI) se sont basés sur le dossier médical de l'assuré (complété par ses propres examens en annexe), un examen clinique (du 7 octobre 2004), un examen spécialisé psychiatrique de l'intéressé, ainsi qu'une anamnèse extrêmement détaillée (médicale; familiale; personnelle, systémique; sociale et professionnelle). Les experts ont par ailleurs recueilli les plaintes et déclarations de l'assuré avant de poser les diagnostics et de livrer leurs conclusions. En définitive, ces experts ont retenu des cervicalgies et dorsalgies chroniques d'origine multifactorielle (trouble statique, hernie discale, troubles dégénératifs et déconditionnement musculaire) ainsi qu'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec une répercussion sur la capacité de travail. Les autres atteintes à la santé, en revanche, soit la hypercholostérolomie, l'hypertension artérielle, la dysthymie (F34.1) ainsi que l'agoraphobie sans trouble panique (F 40.1) n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Les médecins ont rappelé que le médecin traitant considérait l'état de santé de l'assuré stationnaire. Ils ont par ailleurs estimé qu'au plan physique l'assuré était limité car il

ne pouvait plus rester en position statique debout ou assise plus d'une heure ni porter de manière répétée des charges supérieures à 5-10kg. De plus, sa tendinopathie l'empêchait de porter des charges supérieures à 5-10kg avec son membre supérieur droit et d'effectuer des mouvements répétés avec ce même membre en abduction au-delà de 90°. Ils ont ajouté qu'il lui fallait une activité avec des positions de travail variées. Tout comme le Dr K_____, ces médecins ont évalué sa capacité de travail dans son ancienne activité à 0% dès le 20 janvier 1994. Dans une activité adaptée, en revanche, respectant les limitations fonctionnelles évoquées, l'assuré pouvait faire un horaire complet. Son rendement serait toutefois limité (80%) car il devait changer fréquemment de position. L'assuré devait faire face à de multiples difficultés de réintégration: deux tentatives de reprise d'une activité professionnelle adaptée à ses handicaps avaient échoué en 1997, l'assuré ne maîtrisait qu'imparfaitement la langue française, il ne disposait que d'une formation scolaire de base sans avoir acquis de formation professionnelle particulière. Une reprise progressive d'une activité professionnelle apparaissait indispensable. Enfin, puisque l'assuré avait déjà bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle en 1997, il n'était pas nécessaire de procéder à nouveau à de telles mesures.

29. Dans leur rapport d'examen du 8 février 2005, les Drs K_____ et L_____ du SMR, ont déclaré que l'expertise du COMAI était complète et probante de sorte qu'ils en avalisaient les conclusions. Ils ont souligné que l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée, avec probable diminution de rendement de 20%, retenue par le COMAI rejoignaient finalement l'appréciation du COPAI en 1997 qui avait arrêté un rendement de 70%. Cela permettait d'établir que dès l'octroi en 2000, la rente aurait pu être limitée sous réserve de l'incapacité complète transitoire due à l'opération de l'épaule droite en juin 2000. En résumé, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son ancienne activité et ce, dès le 20 janvier 1994. Les limitations fonctionnelles étaient celles décrites dans le rapport du COMAI. Dans une activité adaptée, on pouvait toutefois exiger de l'assuré une reprise progressive jusqu'au taux de 100% avec un rendement diminué de 80%. Enfin, l'assuré ayant déjà bénéficié de mesures de réadaptation en 1997, de telles mesures n'étaient plus à envisager.

30. Par décision du 31 octobre 2005, sur la base du rapport du SMR du 8 février 2005 et de l'expertise entreprise par le COMAI, l'OCAI a supprimé tout droit de l'assuré à une rente d'invalidité (droit octroyé par décision initiale du 20 octobre 2000) et ce dès le 1er décembre 2005. La capacité de travail de l'intéressé dans son activité de travail habituelle a été jugée nulle. Dans une activité adaptée en revanche, sa capacité de travail était de 100% avec un rendement de 80%. L'activité en cause devait respecter les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise du COMAI, avalisées par le rapport médical du SMR. L'OCAI a ensuite procédé à une comparaison des revenus annuels en 2004 (61'328 fr. revenu sans invalidité et 40'008 fr. comme revenu d'invalide). Il en résultait une perte de gain qui s'élevait à 31,5% seulement, soit un taux inférieur à 40% ouvrant le droit à une rente

d'invalidité mais supérieur à celui donnant droit à des mesures de reclassement. Selon l'OCAI, de telles mesures ne s'avéraient pas nécessaires car l'assuré en avait bénéficié en 1997 déjà.

31. Par courrier du 17 novembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a fait valoir que son état de santé ne s'était en aucune manière amélioré depuis la décision initiale de l'OCAI du 20 octobre 2000. En application de l'art. 87 al. 3 RAI et de l'art. 17 al. 1 et 2 LPGA, il a demandé le maintien de sa rente entière.

32. Dans son courrier du 8 décembre 2005, l'assuré a motivé son opposition. Il a d'abord invoqué que la révision entreprise constituait une nouvelle évaluation de la situation qui prévalait au moment de l'octroi de la rente en octobre 2000. L'assuré s'est prévalu du rapport de son médecin traitant du 13 août 2004 selon lequel son état de santé s'était péjoré compte tenu de ses douleurs chroniques. Au surplus, selon le rapport d'expertise du 17 décembre 2004, de l'avis du Dr K_____, une révision de rente en septembre 2000 n'entrait pas en ligne de compte, le taux d'invalidité n'ayant pas suffisamment changé pour modifier son droit à la rente. En outre, il ressortait du rapport du Dr K_____ que l'OCAI avait reconnu à l'assuré un taux d'invalidité de 100% dès janvier 1995. Selon l'assuré, la décision du 20 octobre 2000 n'était pas le fruit d'une erreur. Par conséquent, les conditions légales relatives à la révision faisaient défaut. Dans une situation analogue d'ailleurs, l'assuré ne pouvait se prévaloir d'un droit à une révision. Subsidiairement, l'assuré invoquait qu'il ne lui était pas possible de reprendre une activité lucrative car il avait cessé toute activité pendant plus de onze ans et son état de santé initial s'était péjoré. Enfin, sa situation personnelle justifiait un abattement maximal de 25%. Il a conclu au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité.

33. Par décision sur opposition du 7 juin 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 31 octobre 2005. Selon cet office, son prononcé du 27 juillet 2000 suivi de ses décisions initiales des 20 octobre 2000 (prestations rétroactives) et 1er décembre 2000 se basaient sur le rapport du Dr J_____ qui avait conclu à une incapacité de travail totale - mais transitoire - compte tenu de l'opération de l'épaule gauche subie le 8 juin 2000. Ce caractère transitoire avait d'ailleurs été confirmé par le médecin traitant qui prévoyait une amélioration de l'état de santé dès septembre 2000. Selon les prévisions de l'OCAI d'ailleurs, la rente entière d'invalidité devait être revue au 30 septembre 2000. Par conséquent, une capacité de travail de 70%, dans une activité spécifiée par le COPAI en 1997/1998, était exigible dès octobre 2000. Toutefois, une révision n'avait été entreprise qu'environ quatre ans plus tard, soit en mai 2004. Dans le cadre de cette révision, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire du COMAI. L'expertise ayant pleine valeur probante, il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. En outre, la situation actuelle se distanciait de celle ayant prévalu lors de l'octroi initial de la rente. Enfin, les allégations de l'assuré relatives aux douleurs ne suffisaient pas pour admettre une aggravation de l'état de santé. Selon l'OCAI, la rente devait également être

supprimée, si, au lieu de procéder par la voie de la révision, il fallait reconsidérer sa décision initiale. Celle-ci était en contradiction avec les conclusions du stage de l'OCAI et se fondait sur une instruction médicale insuffisante. En définitive, la décision initiale de l'OCAI était erronée car "des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée". Enfin, la situation de l'assuré ne justifiait pas l'abattement maximal de 25%.

34. Par mémoire du 14 juin 2006, l'assuré interjette recours contre cette décision sur opposition. Il conclut, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et au maintien de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à des mesures d'observation professionnelle et de réinsertion ainsi qu'à un abattement maximal de 25% du revenu d'invalide. Sous l'angle de la révision, il allègue que son état de santé s'est péjoré depuis la décision initiale. Selon le rapport du COMAI, il présente "des cervicalgies et dorsalgies (…) d'aggravation progressive depuis une dizaine d'années" et ses problèmes de l'épaule (tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs) n'existaient pas en 1994. L'assuré soutient que seule est litigieuse la question de savoir si une rente entière d'invalidité pouvait être maintenue dès octobre 2000. Cette question ne pouvait être soulevée que dans le cadre d'une révision dont les conditions n'étaient pas remplies. A titre subsidiaire, le recourant réclame une nouvelle évaluation de sa capacité de travail associée à des mesures de reclassement compte tenu de son interruption de son activité lucrative ainsi que de l'aggravation de son état de santé. Enfin, le recourant estime qu'il remplit les conditions exceptionnelles justifiant un abattement maximal de 25%.

35. Dans sa réponse du 18 juillet 2006, l'OCAI maintient sa position et renvoie aux pièces et écritures.

36. Cette réponse a été transmise au recourant qui a renoncé à dupliquer.

37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 les 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, s'agissant du maintien d'une rente d'invalidité.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (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).

   En l'espèce, les faits déterminants remontent à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que 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). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 5 mai 2006 et que le recourant l'a reçue le 8 mai 2006, le recours déposé le 7 juin 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et délai légaux, il est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Dans sa décision sur opposition du 7 juin 2006, confirmant sa décision du 31 octobre 2005, l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1er décembre 2005. Le litige porte ainsi principalement sur la révision ou la reconsidération du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, et, subsidiairement, sur des mesures de réadaptation et le revenu d'invalide pris en compte.

6. La décision par laquelle l'OCAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré (dès le 1er décembre 2005) est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 17 LPGA est donc applicable à la révision de la rente litigieuse. Les principes jurisprudentiels

développés en matière de révision de rente sous le régime de l'ancien art. 41 LAI demeurent cependant applicables (ATF 130 V 349 ss consid. 3.5).

7. a) En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). 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. 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 MUELLER, 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: SCHAFFAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

8. b) Il sied de comparer la situation médicale existant au 7 juin 2006, jour où l'intimé a supprimé tout droit du recourant à une rente, à celle qui prévalait au 20 octobre 2000, date de la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité. Rappelons que l'OCAI n'a pas réexaminé l'état de santé du recourant à la fin du mois de septembre 2000, comme il l'avait initialement envisagé dans son prononcé du 17 juillet 2000. Vu sous cet angle, il n'est pas inexact d'affirmer, à l'instar de l'intimé, que la décision du 20 octobre 2000 se fonde sur une instruction médicale incomplète. De fait, pour la décision d'octobre 2000, l'OCAI s'est basé sur les diagnostics et pronostics des rapports médicaux antérieurs à son prononcé du 18 juillet 2000.

9. a) En l'espèce, si l'on compare lesdits documents médicaux avec l'expertise du COMAI du 17 décembre 2004 (dont la valeur probante n'est pas contestée) les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (cervicalgies C6-C7 avec brachialgies droites, suspicion de tendinite du muscle sous-épineux (Dr E_____, 21 octobre 1994); syndrome cervical sur hernie discale C6-C7 à droite accompagné de lombalgies chroniques (Dr G_____, 17 décembre 1997); hernie discale C6-C7 droite et douleurs à l'épaule gauche (insertions tendineuses) (Dr H_____, 10 mars 2000); cervicodorsalgies, état dépressif, hypertension artérielle, conflits douloureux de l'épaule gauche (tendinite et rupture de la coiffe des rotateurs; Dr A_____, 23 mai 2000); conflit sous acromial important, (Dr I_____, rapport opératoire de l'épaule gauche, 9 juin 2000); cervicalgies et dorsalgies d'origine multifactorielle (trouble statique, hernie discale, troubles dégénératifs et déconditionnement musculaire, ainsi qu'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, dysthymie en 2004). En outre, pour l'essentiel, les limitations fonctionnelles sont comparables, même si elles sont plus précises

dans l'expertise très détaillée du COMAI. Enfin, les conclusions en 2000 et en 2004 convergent également s'agissant des répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Plus précisément, selon les Drs A_____ et J_____, suite à l'arthroscopie de l'épaule gauche effectuée par le Dr I_____ le 9 juin 2000, on était en présence d'une atteinte à la santé entraînant une incapacité totale - mais transitoire - de travail. Ces médecins pronostiquaient une amélioration de l'état du recourant en septembre 2000. Ce caractère transitoire a d'ailleurs été pris en compte dans le prononcé du 17 juillet 2000 (une révision de rente au 30 septembre 2000 déjà était envisagée) mais totalement ignoré lors de la décision du 1er décembre 2000. En définitive, de part (2000) et d'autre (2004), il a été estimé que l'incapacité du recourant était totale dans son activité usuelle mais qu'en revanche, dans une activité adaptée, le recourant pouvait exercer une activité à temps plein à raison d'un rendement de 70% selon les uns (Drs A_____ et J_____; 2000), et de 80% selon les autres (experts du COMAI; 2004).

b) Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts du COMAI ne font état ni d'une modification de l'état de santé du recourant ni d'une remise en cause de l'appréciation médicale précédente - et fondée sur un même état de fait - des médecins de l'époque. Les médecins SMR ainsi que l'administration ont d'ailleurs soulevé le fait que les conclusions du COMAI rejoignaient celles des médecins consultés antérieurement à la décision de l'OCAI du 1er décembre 2000.

10. Or, tant l'intimé que le recourant soutiennent la survenance d'une modification de l'état de santé. Il convient donc d'examiner si le dossier contient des indices permettant de douter du bien fondé des conclusions du rapport du COMAI.

L'intimé ne motive aucunement la prétendue amélioration. En réalité, à moins de confondre le "moment de l'octroi initial de la rente" avec celui du prononcé du 17 juillet 2000 on ne voit pas comment l'administration arrive à cette conclusion.

Pour sa part, le recourant reproche aux médecins du COMAI de ne pas avoir tenu compte de l'avis de son médecin traitant, des prévisions du Dr G_____ ainsi que de l'avis du Dr K_____.

Ces griefs ne résistent pas davantage à l'examen. Les médecins du COMAI ont procédé à une anamnèse complète de la situation du recourant (médicale, familiale et socio-professionnelle). Ils ont analysé les pièces médicales au dossier (dont celles émanant du médecin traitant du recourant), et procédé à de nombreux examens et bilans médicaux (psychiatriques, physiques et radiologiques). Ils ont entendu le recourant et exposé de manière circonstanciée l'incidence de ses problèmes de santé (en particulier les cervicodorsalgies et la tendinopathie) sur la capacité de travail, avant d'exposer les raisons pour lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 %, avec un rendement diminué de 80% dans un travail léger. Remplissant ainsi tous les réquisits jurisprudentiels (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a,

122 V 160 consid. 1c et les références), le rapport de ces experts - dont la tâche est précisément de mettre leurs connaissances spéciales à la disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références) - a pleine valeur probante.

Au demeurant, le diagnostic retenu par les experts du COMAI ne se distancie aucunement de celui décrit par le médecin traitant puisque ce dernier a estimé à plusieurs reprises que la situation était stationnaire. En outre, les plaintes de l'assuré à elles seules (relatives à des douleurs chroniques) ne suffisent pas davantage pour admettre une aggravation de l'état de santé. Au surplus, les pronostics du Dr G_____ qui remontent à 1997 ne sont certainement pas de nature à mettre en doute la pertinence des conclusions d'une expertise récente fondée sur un examen clinique de l'assuré. Enfin, l'avis du Dr K_____ selon lequel l'administration aurait entrepris une procédure de révision de rente en septembre 2000 au terme de laquelle l'office a décidé que la capacité de travail de l'assuré était totale, ne trouve pas d'appui dans le dossier. Qui plus est, dans le cadre de la procédure de révision entreprise en 2004, le recourant a lui-même déclaré que son état de santé n'avait pas changé (questionnaire du 8 mai 2004). Il faut donc admettre que le recourant peut exercer une activité légère, ménageant ses limitations fonctionnelles, dans laquelle sa capacité de travail s'élève à 100 %, avec un rendement de 80%. Il s'agit-là d'une activité exigible de sa part, découlant de son obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61).

En définitive, il n'existe aucun indice justifiant de s'écarter des conclusions du COMAI qui admet que l'état de santé entre octobre 2000 et juin 2004 ne s'est pas modifié. Une révision du droit à la rente doit donc être écartée.

11. 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). La reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

c) 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. 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).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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 parait admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2 et les références). Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas non plus pour faire apparaître comme manifestement erronées les décisions initiales (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.3). En revanche, une décision de rente est considérée manifestement erronée lorsqu'elle découle d'une instruction lacunaire (ATFA non publié du 13 août 2003, cause I 790/01). Il en va de même lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées ou 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).

En l'espèce, la décision du 20 octobre 2000 ne mentionne pas expressément les documents sur lesquels s'est fondé l'OCAI pour allouer une rente entière au recourant. On peut néanmoins déduire de l'ensemble des pièces du dossier qu'il a essentiellement tenu compte de l'avis du médecin traitant, de celui du médecin conseil de l'AI ainsi que de celui du COPAI pour retenir que l'assuré avait une capacité de travail de 0% dans toute activité, et lui reconnaître un degré d'invalidité de 100%. Dans le cas particulier, l'office s'est dispensé d'évaluer l'état de santé du recourant suite à sa période de trois mois de convalescence et s'est contenté des rapports médicaux antérieurs au 17 juin 2000. Or, ces documents font apparaître comme manifestement erronée la décision initiale. Les avis médicaux des Drs A_____ et J_____ qui laissaient entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de la capacité résiduelle de travail de 70%, ont été méconnus. La révision de rente à la fin septembre 2000 initialement envisagée (cf. prononcé du 17 juillet 2000) n'a pas été entreprise. Enfin, l'administration a ignoré l'évaluation menée avec soin au COPAI

en 1997. En définitive, les critiques émises par les experts du COMAI à l'encontre des conclusions de l'office sont fondées.

En retenant une incapacité de travail totale dans toute activité alors que le dossier ne contenait aucun élément médical probant à ce sujet, l'administration s'est écartée, sans motifs sérieux, des conclusions des Drs J_____ et A_____. A la lumière de ce qui précède, l'appréciation médicale effectuée à l'origine par l'intimé était manifestement erronée. A cela s'ajoute que la comparaison des revenus prévue par l'art. 28 al. 2 LAI n'avait pas eu lieu, l'administration ayant omis de déterminer le revenu que le recourant aurait pu retirer d'une activité raisonnablement exigible.

12. Dans ces circonstances, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant, selon la méthode applicable aux assurés actifs et compte tenu d'une capacité de travail entière - avec un rendement diminué - dans une activité adaptée.

L'intimé a procédé à la comparaison des revenus en se fondant sur des données économiques relatives à l'année 2004. Il aurait toutefois dû examiner le cas en fonction de la situation qui prévalait au moment de l'éventuelle survenance de l'invalidité (ATF 129 V 222; art. 29 al. 1 LAI), puisqu'il s'agit de déterminer si le degré d'invalidité retenu par l'intimé dans sa première décision (20 octobre 2000), qu'il entend à présent reconsidérer, était manifestement erroné ou non (ATFA non publié du 21 février 2005, I.161/2003, consid. 6).

a) Le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé doit être déterminé aussi concrètement que possible, de sorte qu'il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant son invalidité. Il convient dès lors de se baser sur les indications fournies par le dernier employeur (VSI 2000 p. 308 consid. 3a). Ce revenu est adapté à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 p. 313 consid. 2c).

En l'occurrence, la faillite de l'entreprise X_____ SA a été prononcée le 17 décembre 1996. En 2000, l'entreprise n'existait donc plus de sorte qu'il sied de se référer à l'ESS 2000, notamment à la ligne 11 du TA7, dans le domaine de la construction, pour un homme dont la formation est de niveau 4 (activités simples et répétitives) et de retenir le salaire mensuel de 4'608 fr. Cela représente un revenu annuel brut de 55'296 fr. C'est ce montant qu'il convient d'arrêter à titre de revenu sans invalidité.

b) Si l'assuré n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). A noter encore qu'il y a lieu de tenir compte de

l'ensemble des secteurs de la production et des services et de ne pas se limiter aux données statistiques d'un seul secteur économique (ATF 126 V 81 consid. 7a).

En l'espèce, le salaire mensuel brut (valeur centrale) tel qu'il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en 2000 pour des activités simples et répétitives dans les secteurs privés de la production et des services s'élevait, pour les hommes, à 4'437 fr, part au 13ème salaire comprise (TA1.1.1, ESS 2000). Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 2000, soit 41.9 heures, on obtient un salaire de 4'647 fr 75.- par mois (4'437.- fr. x 41.9 heures : 40 heures), c'est-à-dire de 55'773 fr. par an.

Il convient de préciser que compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services énumérés dans l'ESS, un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères et sont donc adaptées aux problèmes physiques du recourant (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64 consid. 4b; SVR 2002 IV n° 24 p. 76 consid. 3). A ce titre relevons que les rapports ne prévoyaient qu'un rendement de 70%. Compte tenu de cette diminution de rendement, il résulte un salaire de 44'619 fr.

c) Reste à déterminer le coefficient de réduction (cf. ATF 126 V 75), que l'intimé a arrêté à 10 % et que le recourant voudrait porter à 25 %. Au vu des limitations importantes du recourant, le Tribunal de céans estime qu'un taux de 15% est justifié en l'occurrence, en dépit du relatif jeune âge du recourant. Appliqué au salaire annuel de 44'619 fr. le gain d'invalide s'élève à 37'926 fr 15.

En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (55'296 fr.), on obtient une perte de gain de 17'369 fr. 85 (55'296 fr. - 37'926 fr 15), correspondant à un degré d'invalidité de 31,4% (17'369 fr. 85 : 55'296 x 100), lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il en résulte qu'en retenant un taux d'invalidité de 100%, la décision initiale du 20 octobre 2000 est, dans son résultat, manifestement erronée.

Dans ces conditions, le principe du versement d'une rente d'invalidité, indépendamment de son échelonnement (cf. art. 28 al. 1 LAI), était manifestement erroné. Comme sa rectification revêt une importance notable dès lors que le droit à la rente aurait dû être nié, toutes les conditions permettant de procéder à une reconsidération sont réalisées.

13. Le Tribunal de céans constate cependant que le taux d'invalidité, présenté par le recourant depuis 1994, est supérieur au seuil de 20% à partir duquel une perte de gain durable dans une activité exigible ouvre droit aux mesures de reclassement professionnel (ATF 124 V 110, consid. 1b et les références). En principe, le recourant a droit à des mesures de reclassement, qui lui permettront de déterminer plus précisément et concrètement quelles sont les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et l'aideront à réintégrer le monde du travail.

Selon l'intimé, l'assuré avait déjà bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle en 1997; il n'était donc plus nécessaire d'en entreprendre aujourd'hui. C'est à juste titre que le recourant invoque sa situation actuelle. En effet, au-delà de ses limitations fonctionnelles qui existaient déjà en 2000, il n'a plus poursuivi d'activité lucrative depuis 1994. L'administration ayant, par son erreur, elle-même contribué à péjorer la situation du recourant sur le marché du travail, elle se doit de l'assister à le réintégrer à nouveau. Compte tenu des recommandations des experts, un réentraînement à l'effort/mise au courant en entreprise par exemple devrait être envisagé.

14. Dans cette mesure, le recours est très partiellement admis. La décision sur opposition du 7 juin 2006 est en revanche confirmée en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité.

15. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Annule la décision du 7 juin 2006 de l'intimé en ce qu'elle refuse au recourant des mesures d'ordre professionnel.

4. La confirme pour le surplus.

5. Octroie au recourant des mesures de réinsertion professionnelle dans le sens des considérants.

6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

7. Dit que la procédure est gratuite.

8. 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 | La présidente

Claire CHAVANNES | Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Marta TRIGO TRINDADE LAURIN

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