

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/230/2011

ATAS/836/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 septembre 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur H \_\_\_\_\_, domicilié au Lignon, représenté par la  
Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, originaire de Serbie et Monténégro, naturalisé suisse le 28 octobre 2005, travaillait depuis le 19 juin 1997 en tant que grutier pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA.
2. Souffrant d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche opérée le 3 novembre 2000, ainsi que d'une surdité brusque apparue à la mi-mars 2000, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% dès le mois de janvier 2000.
3. En date du 20 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).
4. Dans un rapport adressé à l'OAI en date du 9 mars 2001, le Dr L\_\_\_\_\_, des HUG, service de neurochirurgie, a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche qu'il avait opérée en date du 3 novembre 2000. L'assuré était en incapacité de travail de 100% depuis le mois de janvier 2000, pour une durée indéterminée. L'état de santé s'était nettement aggravé et des mesures professionnelles n'étaient alors pas indiquées, car prématurées. Selon un rapport du 24 janvier 2001 à l'attention du médecin traitant, il résultait de la consultation du 23 janvier 2001 que les suites opératoires n'ont pas été favorables : l'IRM de contrôle montrait un résidu ou une récurrence de hernie discale L4-L5 dans une fibrose assez importante. Le Dr L\_\_\_\_\_ se posait la question d'une réintervention sur cette hernie, avec toutes les réserves qu'il faut formuler à long terme après une deuxième discotomie. Le patient devait prendre une décision à cet égard.
5. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 29 mars 2001. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches persistantes post cure hernie discale L4-L5 gauche, opérée, et une surdité brusque de l'oreille droite avec des vertiges et des acouphènes. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% dès le 12 janvier 2000 en tant que grutier. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. Une autre activité moins physique était envisageable, avec une diminution de rendement, à un taux non précisé. Concernant les capacités fonctionnelles, le patient ne pouvait garder la position assise ou debout ou la même position du corps plus d'une à deux heures par jour, il devait alterner les positions assis/debout/marche, éviter l'inclinaison du buste, la position accroupie, les parcours à pied de plus de 200 mètres, de lever, porter ou déplacer des charges supérieures à 5 kg, les horaires de travail irrégulier/de nuit/matin, le travail en hauteur ou sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. L'activité de grutier était impossible. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne, mais l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical était important.

6. Par courrier adressé au médecin-conseil de l'OAI en date du 3 décembre 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, indique que le patient n'a pas été réopéré, que l'évolution est toujours défavorable avec un patient se plaignant de douleurs invalidantes mais craignant surtout beaucoup une éventuelle réopération. Une reprise de l'activité professionnelle ne paraissait pas envisageable pour l'instant.
7. Dans deux notes des 21 novembre 2001 et 9 janvier 2002, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'OAI, relevait qu'en mars 2001, avec la récurrence de la hernie, l'assuré devait être considéré comme incapable de travailler, quel que soit le métier. Il y avait une fibrose, donc un risque d'évolution peu favorable. S'agissant des acouphènes, sauf métier particulier, il n'y avait pas de réelles limitations de la capacité de travail. Au vu de la réponse du Dr L\_\_\_\_\_, le médecin conseil de l'OAI a constaté qu'en l'absence d'opération la situation ne s'améliorait pas et a préconisé une révision à un an.
8. Par décision du 2 mai 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001. L'OAI a constaté que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 12 janvier 2000 et considéré qu'il s'agissait d'une invalidité de longue durée.
9. Une première révision a été initiée par l'OAI le 3 mars 2005. Répondant au questionnaire pour la révision de la rente, l'assuré a indiqué en date du 11 mars 2005 que son état de santé s'était aggravé depuis décembre 2002 et qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative.
10. Dans son rapport adressé à l'OAI le 14 avril 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche persistante post cure de hernie discale L4-L5 opérée en novembre 2000 avec récurrence herniaire en L4-L5, plus deux petites hernies L3-L4 et L4-L5, une surdité de l'oreille droite avec vertiges et acouphènes ainsi qu'un état anxiodépressif depuis 2001. L'état de santé s'aggravait. L'IRM du 13 janvier 2004 montrait un aspect stable de la hernie discale L4-L5 (récurrence au site opératoire) et l'apparition de deux petites hernies discales médianes, sans conflit disco-radiculaire, en L3-L4 et L4-L5. Le médecin traitant relevait une persistance des douleurs lombosciatalgiques, de l'état anxiodépressif et des acouphènes invalidants. Il n'y avait pas d'opération prévue pour l'instant et la capacité de travail ne pouvait être améliorée. S'agissant de la réinsertion professionnelle, le patient ne pouvait plus exercer son ancienne activité de grutier et l'on ne pouvait exiger de lui qu'il exerçât une autre activité.
11. Par avis du 15 février 2006, le Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé qu'il y avait statu quo, avec une récurrence de la hernie discale lombaire. Une révision était préconisée à trois ans.

12. Par communication du 15 février 2006, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et que par conséquent il continuera de bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour.
13. L'OAI a initié une nouvelle révision en date du 19 mars 2009. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, l'assuré a indiqué le 27 mars 2009 que son état de santé était toujours le même et qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative.
14. Dans son rapport à l'attention de l'OAI daté du 22 avril 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du patient était stationnaire, qu'il n'y avait aucun changement dans les diagnostics et que l'influence sur la capacité de travail était identique depuis décembre 1998. Le pronostic était réservé. Il a indiqué que la capacité de travail était toujours nulle dans toute activité et que le patient était suivi par un psychiatre.
15. Le Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute FMH, a informé l'OAI en date du 18 mai 2009 qu'il n'était pas en mesure de remplir le questionnaire pour l'assuré, étant donné qu'il n'avait vu cette personne que très occasionnellement et dans un contexte particulier qui ne lui permettait pas remplir le formulaire correctement.
16. Le 29 juillet 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ a établi à l'attention de l'OAI un rapport de consultation, daté du 5 juin 2009, suite à l'examen clinique du patient, relevant notamment un Lasègue positif à 45 degrés, un déficit sensitif L5-S1, une douleur à la palpation des épineuses L1 S1 avec contracture paralombaire à gauche, une nette limitation fonctionnelle de la mobilisation de tout le rachis lombaire et un début de cyphose dorsale.
17. Le 26 octobre 2009, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, indique que le patient présente des acouphènes invalidants bilatéraux, avec prédominance à droite, avec antécédents de surdité brusque et dorsalgies chroniques. Le patient a besoin d'un essai d'appareillage en stéréo niveau VII à but de marquage d'acouphènes.
18. L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR. L'assuré a été examiné en date du 21 octobre 2009 par les Drs Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et R \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. L'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, mais a relevé un sommeil fluctuant nécessitant l'utilisation de Stilnox de façon itérative, de même que des éléments en faveur d'angoisses itératives de temps en temps et qui passent seules, sans éléments en faveur de crises d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, de claustrophobie ou de la lignée obsessionnelle. L'examen ne retrouve ni signes florides de la série psychotique, ni critères CIM-10 de troubles de personnalité. Au titre des affections avec répercussions sur la capacité de travail, les experts ont retenu les diagnostics

suivants : lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L4-L5, compliquée d'une récurrence de hernie discale et d'une fibrose postopératoire ainsi que dans le cadre de hernies discales L3-L4 et L5-S1, une surdité droite avec des acouphènes et des vertiges. Les cervico-dorsalgies intermittentes dans le cadre de troubles statiques du rachis sont en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'activité de grutier, compte tenu des limitations fonctionnelles et des acouphènes bilatéraux, la capacité de travail est nulle. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail est de 50%. Les médecins ont retenu tout de même - malgré la démonstrativité de l'assuré et les nombreux signes de non organicité selon Wadell -, une incapacité de travail de 50% au vu de la fibrose postopératoire qui peut conduire à des douleurs de repos. Cependant, même la fibrose postopératoire ne peut conduire à la définition d'une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Selon les médecins du SMR, l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré avec les années, mais au moment de l'octroi de la rente on n'avait pas déterminé la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré doit pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, il ne doit pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kilos, ni porter des charges d'un poids excédant 10 kilos, ne doit pas travailler en porte à faux statique prolongé du tronc, ni être exposé à des vibrations. Sur le plan de la surdité, des acouphènes et des vertiges, il ne devrait pas être exposé à des ambiances bruyantes, ni effectuer du travail en hauteur. Selon le SMR, l'assuré présente une incapacité de travail complète comme grutier depuis le 12 janvier 2000. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire et de l'oreille interne, la capacité de travail est de 50% depuis le 3 mai 2001, soit six mois après l'intervention chirurgicale.

19. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 30 décembre 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé qu'à la suite de l'examen du 19 octobre 2009, il a constaté à l'audiogramme tonal une perte de 45% à gauche et 35% à droite. Quant à l'audiogramme vocal, la perte est de 73,3% à gauche et 70% à droite. Dans son appréciation, le médecin a indiqué que le patient présente une hypoacousie bilatérale avec hiatus à 4'000 HZ probablement en raison d'une surdité brusque et d'un travail sur chantiers (marteaux piqueurs) avec traumatismes acoustiques chroniques. Actuellement, en raison de l'importance des acouphènes et des troubles de la compréhension, une audioprothèse en stéréo de niveau II est indiquée afin également de masquer ses acouphènes.
20. Le 19 avril 2010, le Dr P\_\_\_\_\_ a rendu un rapport à l'attention de l'OAI. Il indique que l'assuré a été appareillé en stéréo depuis plus d'un mois, mais qu'avec ses appareils il signale la présence de douleurs au niveau du conduit auditif droit,

les bruits ne sont pas naturels et surtout les acouphènes bilatéraux restent inchangés. Devant cette situation, il a préféré renoncer à ses deux audioprothèses. L'audiogramme vocal montre que le 100% d'intelligibilité est atteint dès 70 dB, le 50% dès 62 dB. Avec l'appareillage, le 100% d'intelligibilité est atteint dès 70 dB, le 50% dès 55 dB ; amélioration de 7 dB à 50%.

21. L'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle auprès de l'entreprise PRO, entreprise sociale privée, du 17 mai au 1<sup>er</sup> août 2010. Dans son rapport du 17 août 2010, l'entreprise PRO relève que l'assuré a fait son stage dans le département multiservices. Le stage a montré que l'assuré possède de très bonnes capacités manuelles, que sur le plan des aptitudes intellectuelles, ses points forts sont sa logique, sa bonne assimilation des consignes ainsi que sa capacité à apprendre. Ses points faibles sont en revanche son manque d'autonomie ainsi qu'un niveau de concentration pas toujours optimal. Sur le plan physique, si le rendement en qualité est de 100%, son rendement en temps est par contre extrêmement faible, généralement en dessous de 50%. Un rendement en temps de 30% a par exemple été observé sur l'activité de collage d'étiquettes. La qualité de sa production est un point fort, son état général ainsi que son rendement en temps constituent ses points faibles. L'assuré a montré une bonne motivation ainsi qu'un bon état d'esprit. En conclusion, l'entreprise PRO a relevé que l'assuré est finalement parvenu à donner le meilleur de lui-même dès qu'il a pu faire son stage à un taux d'activité de 25%. En effet, elle a pu alors constater que le stagiaire faisait moins de pauses, qu'il allait moins souvent à l'infirmerie et qu'il était moins souvent absent. Il a continué donc de produire un travail de qualité, mais son rendement est resté très bas. Selon la fondation PRO, des capacités de travail aussi restreintes ne permettent pas d'envisager une reprise d'activité sur le marché économique traditionnel. Par contre, un atelier protégé serait une option tout à fait intéressante pour l'assuré dans la mesure où aucune exigence n'y est faite concernant un éventuel niveau de rendement ou un taux de présence à atteindre. Une telle souplesse permettrait à l'assuré de continuer à rythmer sa vie avec une partie d'activité d'ordre professionnel, tout en lui laissant aussi l'opportunité de rester à la maison pour se soigner les jours où les douleurs - ou les acouphènes - sont trop importants.
22. Dans son rapport du 10 septembre 2010, le service de réadaptation professionnelle a retenu que la poursuite des mesures professionnelles n'était pas indiquée dès lors que la capacité de travail résiduelle démontrée lors du stage chez PRO ne correspond pas à l'exigibilité SMR, notamment le faible rendement, qui n'a pas évolué durant toute la mesure. La capacité de travail résiduelle n'est pas exploitable dans le milieu économique normal pour des raisons qui ne sont pas en lien avec l'atteinte à la santé ayant valeur de maladie pour l'assurance. L'évaluation de l'invalidité a été effectuée de manière théorique, sur la base des statistiques, ce qui a abouti à un degré d'invalidité de 64%, compte tenu d'un abattement de 10%.

23. Par décision du 29 novembre 2010, l'OAI a réduit la rente d'invalidité du recourant à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, retenant un degré d'invalidité de 64%. L'OAI motive sa décision par le fait que selon le SMR, si la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle est de 0%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de l'ordre de 50% depuis le 3 mai 2001. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 64%, de sorte que la rente entière est remplacée par un trois quarts de rente.
24. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a interjeté recours en date du 7 janvier 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Par décision du 21 janvier 2011, la Cour précitée a décliné sa compétence et transmis l'acte de recours à la Cour de justice du canton de Genève, Chambre des assurances sociales, comme objet de sa compétence.
25. Dans son recours, le recourant relève que le SMR a constaté que son état de santé était resté inchangé et que l'entreprise sociale PRO a attesté qu'il ne conservait qu'une capacité de travail de 25% dans un atelier protégé. Par ailleurs, une simple appréciation d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est resté inchangé n'appelle pas une révision. Ainsi, l'existence d'une activité strictement adaptée qu'il pourrait exercer à 50% sur le marché du travail traditionnel est une invention qui ne saurait en aucun cas fonder la révision de sa rente. Il conclut à l'annulation de la décision et au versement de sa rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.
26. Dans sa réponse du 17 février 2011, l'OAI indique qu'il était fondé à procéder à une reconsidération de sa décision initiale du 2 mai 2002, dès lors que cette dernière a été rendue sur la base d'une évaluation de l'invalidité contraire aux règles légales et jurisprudentielles applicables. En effet, elle ne reflétait pas la capacité de gain raisonnablement exigible sur un marché de travail équilibré telle qu'elle ressort de l'ensemble des pièces médicales recueillies et le résultat auquel elle a abouti à l'époque était de ce fait parfaitement insoutenable. L'OAI relève que dans son rapport de 2001, le Dr M\_\_\_\_\_ indiquait que des mesures professionnelles étaient indiquées et que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, moins physique.
27. Dans sa réplique du 17 mars 2011, le recourant soutient qu'une reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision était sans nul doute erronée. Or, dans un certificat médical antérieur, daté du 26 octobre 2000, à l'attention de la GENEVOISE ASSURANCES, le Dr M\_\_\_\_\_ avait jugé qu'une autre activité ne pouvait être raisonnablement exigée. Qui plus est, suite à une demande de renseignements, le médecin traitant a indiqué au médecin-conseil de l'OAI que le recourant n'a pas été réopéré, que l'évolution est toujours défavorable et qu'une reprise de l'activité professionnelle ne paraît pas être envisageable pour l'instant. Sur quoi, le médecin-conseil de l'OAI a relevé que la situation ne s'améliorait pas et préconisé une révision à un an. Dans ces conditions, l'OAI ne saurait prétendre

que la décision initiale du 2 mai 2002 a été rendue sur le base d'une évaluation de l'invalidité contraire aux règles légales et jurisprudentielles applicables. La décision prise le 2 mai 2002 ne peut être ainsi qualifiée de sans nul doute erronée. Par ailleurs, lors de la dernière révision, l'OAI a confirmé par communication du 15 février 2006, sa décision initiale du 2 mai 2002, se fondant sur un rapport médical du 14 avril 2005 du Dr M\_\_\_\_\_ qui constatait que son état de santé s'aggravait, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'une autre profession était impossible. De même, le médecin-conseil de l'OAI relevait en date du 15 février 2010 une persistance de la hernie discale lombaire au site opératoire (récidive). Il y avait donc statu quo et une révision était préconisée à trois ans. Le recourant conclut à l'annulation de la décision du 29 novembre 2010 et au maintien de sa rente entière d'invalidité.

28. Par duplique du 5 avril 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

29. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.

3. Par acte daté du 6 janvier 2011, posté le 7 et reçu au greffe de la Cour des assurances de Lausanne le 10 janvier 2011, le recourant a contesté la décision du 29 novembre 2010. Compte tenu de la suspension du délai du 18 décembre 2010 au 2 janvier 2011 inclus (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été interjeté en temps utile (cf. art. 56 et 60 LPGA). Respectant par ailleurs les formes prescrites, le recours est ainsi recevable (cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à réduire la rente entière du recourant à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

L'intimé ne conteste pas que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies, mais considère qu'il était en droit de reconsidérer sa décision initiale du 2 mai 2002, motif pris qu'elle était manifestement erronée.

- 
5. A teneur de l'art. 17 al. 1 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'année, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

Dès lors que le SMR a conclu qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé et qu'au terme de l'observation professionnelle il s'est avéré que le recourant n'a pas recouvré une capacité de travail exploitable dans le circuit économique traditionnel, il convient en effet d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies in casu. En concluant à une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée depuis le 3 mai 2001, les médecins du SMR ont en réalité procédé à une appréciation divergente des faits demeurés pour l'essentiel les mêmes, ce qui n'autorise pas une révision.

6. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. consid. 3.5). 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 (par ex. consid. 4.5 de l'arrêt M. du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 1.2 de l'arrêt B. du 23 février 2005, I 632/04).

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 les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 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 127 V 129 consid. 4 p. 130, 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la

base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. 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 antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, 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 paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 ; SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). Dans le contexte des troubles somatoformes douloureux, un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352 (arrêt I 138/07 du 25 juin 2007; voir aussi Andreas BRUNNER/Noah BIRKÄUSER, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, Basler Juristische Mitteilungen 4/2007 p. 200). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt précité consid. 5.1).

7. En l'espèce, la Cour de céans constate que la décision initiale du 2 mai 2002 a été rendue sur la base d'une instruction médicale. Différents rapports médicaux ont été versés au dossier : dans un rapport du 9 mars 2001, le Dr L\_\_\_\_\_, des HUG, attestait une incapacité de travail de 100 % dès le mois de janvier 2000. L'état de santé s'aggravait plutôt et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car prématurées. Le praticien indiquait avoir opéré le recourant d'une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche en date du 3 novembre 2000 et a joint copies du compte-rendu opératoire. Dans son rapport d'observation du 10 novembre 2000, le Dr L\_\_\_\_\_ mentionnait que les suites opératoires avaient été marquées par l'apparition d'une hypoesthésie au niveau de l'hallux et du dos du pied à gauche,

liée à l'importante rétraction qu'il a fallu appliquer sur la racine L5 gauche pendant l'intervention pour pouvoir atteindre l'hernie médiane. Puis, dans son rapport du 24 janvier 2001 suite à la consultation de contrôle du 23 janvier 2001, le médecin relevait que les suites opératoires n'ont pas été favorables et que devant l'aggravation des douleurs sous traitement de physiothérapie, une IRM de contrôle avait été effectuée le 15 janvier 2001, qui montrait malheureusement un résidu ou une récurrence de hernie discale L4.L5 dans une fibrose assez importante. Le praticien proposait tout de même une réintervention avec toutes les réserves qu'il faut formuler à long terme après une deuxième discotomie.

Le Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant, relevait dans son rapport du 29 mars 2001, que le patient était en incapacité de travail totale depuis le 12 janvier 2000, que l'état de santé était stationnaire et des mesures professionnelles indiquées. Se posait la question d'une nouvelle opération. Concernant la réinsertion professionnelle, le médecin indiquait que l'on pouvait exiger du patient qu'il exerce une autre activité moins physique, sans toutefois indiquer depuis quelle date. Dans un rapport du 3 décembre 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ a informé le médecin-conseil de l'intimé que le patient n'avait pas été réopéré, que l'évolution était toujours défavorable et qu'une reprise de l'activité professionnelle ne paraissait pas envisageable pour l'instant.

Le Dr N\_\_\_\_\_, médecin de l'OAI, a émis un avis en date du 21 novembre 2001, aux termes duquel en mars 2001, avec la récurrence de la hernie, l'assuré devait être considéré comme incapable de travailler, quel que soit le métier. Il y avait un risque d'évolution peu favorable, vu la fibrose. Puis, dans son avis du 9 janvier 2002, le Dr N\_\_\_\_\_ a conclu, au vu de la réponse du médecin traitant, que la situation ne s'améliorait pas et a préconisé une révision dans un an.

Force est de constater que pour rendre sa décision, l'intimé s'était fondé sur l'ensemble du dossier médical du recourant, sur les avis de plusieurs médecins et les conclusions de son médecin-conseil. S'agissant du Dr M\_\_\_\_\_, s'il est exact qu'en mars 2001 il pensait que des mesures professionnelles étaient indiquées et que le patient pouvait exercer une autre activité, tel n'était plus le cas en décembre 2001, au vu de l'évolution défavorable. L'intimé a procédé ainsi à une appréciation complète de la situation. Or, au vu de l'évolution défavorable, des conclusions des médecins de l'époque, notamment du médecin-conseil de l'intimé, l'on ne saurait admettre que la décision du 2 mai 2002 était manifestement erronée. Par conséquent, l'intimé n'était pas en droit de reconsidérer la décision précitée et à réduire la rente entière d'invalidité du recourant.

Par ailleurs, en ce qui concerne la révision initiée en 2005 par l'intimé, la Cour de céans relève que le médecin traitant, outre les diagnostics déjà connus, mentionnait un état anxio-dépressif. L'état de santé s'était aggravé, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et aucune autre activité n'était possible.

Après avoir requis copie du rapport de l'IRM pratiquée le 13 janvier 2004, le Dr N\_\_\_\_\_ a émis un avis en date du 15 février 2006, relevant la persistance de la hernie discale lombaire au site opératoire (récidive), constaté le statu quo et préconisé une révision à trois ans. C'est en se fondant sur ces renseignements médicaux que l'intimé, par communication du 15 février 2006, a confirmé la décision de rente. Là encore, la décision apparaissait soutenable.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis.
9. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'occurrence à 1'500 fr. (art. 1 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).
10. L'émolument, fixé en l'espèce à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 29 novembre 2010 en tant qu'elle réduit la rente entière d'invalidité à trois quarts de rente, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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