RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2483/2006 **ATAS/985/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 13 novembre 2006

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié , 1208 GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après : l'assuré), né le 1955, sans formation professionnelle, exerçant depuis mars 1991 une activité de mécanicien (entretien de voiture de collection). Il est marié et père de deux enfants nés en 2001 et en 2004.

2. Le 26 juin 1993, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait à moto. Il a chuté et s'est fracturé les deux chevilles. Il a subi des douleurs à la nuque et des lésions ligamentaires aux troisième et quatrième doigts droits.

3. Le 3 juin 1994, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

4. Le 15 février 1995, le Dr A_____, chirurgien orthopédique, atteste dans un rapport médical AI que l'assuré s'est fracturé les deux astragales ayant nécessité une réduction sanglante en urgence. Les suites opératoires ont été difficiles. Il est apparu une arthrose de la cheville et du médiotarse gauche et une arthrose sous-astragalienne débutante à droite. Il souffrait aussi d'une lésion chronique de la coiffe des rotateurs droite. L'incapacité de travail était totale et définitive. Il indique cependant que des mesures professionnelles étaient indiquées le plus vite possible et qu'il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'ici, "tout travail sollicitant les membres inférieurs est contre-indiqué". Il conclut que du point de vue professionnel il ne pensait pas qu'il puisse être remis au travail. Le patient avait fait de vaines tentatives de reprise de travail de mécanicien ou de travail sur ordinateur, les douleurs à l'épaule empêchant cette activité-ci.

5. Par décision du 15 août 1995, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a accordé à l'assuré une rente ordinaire simple dès le 1er juin 1994, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

6. L'assuré a vécu au Vietnam entre 1994 et 1997. En novembre 1998, suite à une dénonciation, l'OCAI a ouvert une procédure de révision.

7. Dans un questionnaire du 2 décembre 1998, l'assuré relève qu'il a de la difficulté à se déplacer en raison de douleurs aux deux chevilles, lesquelles sont plus soutenues et qu'il a des problèmes de mémoire.

8. Le 15 décembre 1998, le Dr A_____ atteste que l'état de santé s'est aggravé depuis six mois, "par rapport au dernier certificat, on constate une tuméfaction plus importante des compartiments internes et externes des deux tarses postérieurs. La perte de mobilité des articulations de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne est diminuée de 20 %. Le patient se plaint de douleurs mécaniques permanentes". L'incapacité de travail était de 100 %.

9. Le 14 avril 1999, le Dr A_____ a attesté qu'une activité à 100 % en position assise, sans diminution du rendement, était possible dès le 14 avril 1999. Le 28

avril 1999, il précise, à la demande de l'OCAI, que l'assuré ne peut reprendre ses activités antérieures de réparateur-technicien ou garagiste mais qu'il pourrait exercer une fonction d'employé de bureau, sans déplacements fréquents et port de lourdes charges.

10. Le 25 avril 2000, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a rendu, à la demande de l'OCAI, une expertise. Il pose le diagnostic de "status après fracture des deux astragales avec évolution arthrosique de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne principalement à gauche et à moindre degré à droite. Bonne fonction du rachis et la nuque ainsi que des ceintures scapulo-humérales".

    Il estime qu'une activité sédentaire adaptée est possible à 100 % (toutes les professions sans station debout, déplacement, port de charges). Plus tard, une arthrodèse serait nécessaire au niveau de la cheville gauche. En 1995, une activité de bureau aurait déjà été possible. L'état fonctionnel au niveau de la cheville gauche allait inexorablement se dégrader.

11. Le 29 janvier 2001, l'assuré a débuté un stage OSER au Centre d'Intégration Professionnelle (CIP).

12. Le 15 mars 2001, la division de la réadaptation professionnelle a proposé - compte tenu de l'arrêt de travail total de l'assuré du 22 février au 12 mars 2001 et de la reprise à 50 % dès le 13 mars 2001 attestée par le Dr C_____, chirurgien orthopédique - une prolongation de stage de quatre semaines, soit jusqu'au 27 mai 2001, permettant une observation plus complète aux ateliers OSER.

13. Dès le 2 avril 2001, l'assuré a, à nouveau, été en incapacité de travail totale et le 23 avril 2001, le Dr C_____ a indiqué à l'OCAI que son patient souffrait de douleurs confirmée par une importante arthrose.

14. Le 26 mars 2001, le Dr C_____ a attesté que l'assuré avait dû interrompre son stage en raison de douleurs à la cheville gauche, dont la fonction s'était nettement péjorée. La capacité de travail raisonnablement exigible selon l'expertise du Dr B_____ était valable mais il fallait limiter les déplacements au maximum. Il y avait une aggravation de l'arthrose tibio et sous-astragalienne gauche par rapport aux "RX antérieurs".

15. Le rapport d'observation professionnelle relève que le stage, qui devait se terminer le 27 mai 2001, a été écourté après 21 jours d'absence consécutifs de l'assuré et qu'il s'est terminé le 25 avril 2001. En conclusion, l'assuré pouvait travailler uniquement en position assise à 50 % comme employé de bureau, aide gainier, en milieu socioprofessionnel, mais un avis médical était nécessaire au vu de ses absences. Il avait des comportements caractériels pouvant rendre difficile son intégration professionnelle.

16. Le 30 mai 2001, le Dr D_____, médecin consultant du CIP, a relevé que la situation de l'assuré se dégradait lentement et devrait aboutir à une arthrodèse de la cheville gauche, éventuellement aussi de la cheville droite. Il pourrait avoir un rendement de 100 % dans une activité sédentaire. Le comportement relativement personnel et caractériel de l'assuré ne facilitait pas une réinsertion.

17. Le 12 juin 2001, la direction du CIP relève que l'assuré est opposé à exercer une activité à plus de 50 % mais que sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible est de 75 % dans les métiers d'employé de bureau, aide gainier ou dans le milieu socioprofessionnel.

18. Le 10 juillet 2001, le Dr E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a attesté que toute mesure d'ordre professionnelle était inutile car l'assuré n'en voulait pas. Le 31 août 2001, il a précisé qu'il fallait déterminer si les conclusions de l'expertise professionnelle du CIP étaient confirmées par un examen médical pluridisciplinaire.

19. Le 9 janvier 2003, le Centre d'observation médical de l'AI de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (COMAI) a rendu un rapport d'expertise sur la base, notamment, d'un examen de l'assuré des 17 juillet et 15 août 2002. Les conclusions du rapport avaient fait l'objet d'un colloque de synthèse multidisciplinaire du 2 octobre 2002 avec une interniste, un rhumatologue et un psychiatre.

    Le rapport relève que l'assuré se plaint de douleurs quasi quotidiennes aux chevilles, parfois aux jambes ainsi que des fourmillement douloureux, avec la cheville gauche souvent enflée, ne peut courir, et fatigue en marchant. Il souhaitait retravailler dans un lieu proche de son domicile. Le Dr F_____, orthopédiste, diagnostique "une arthrose tibio-astragalienne et de l'articulation de chopart gauche, suspicion d'arthrose sous-talienne gauche, arthrose pré-malléolaire interne droite. Status après ostéosynthèse des deux astragales et hyperthermie maligne lors de l'intervention de 1993".

    Dans un poste de travail en position assise, l'assuré pouvait travailler à 100 % avec un rendement à 80 % (en raison de pauses nécessaires).

    Le Dr G_____, psychiatre, diagnostique "un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F 33.01), personnalité dyssociale (F 60.2), status post accident traumatique du pied ddc, status post réduction sanglante en urgence".

    L'assuré avait vécu une adolescence difficile, une éducation pénible, oscillant entre un comportement adapté et des brusques ruptures ou révoltes, un père distant, des conflits répétés avec les parents et les éducateurs. Au vu de la pathologie psychiatrique grave de l'assuré une capacité résiduelle de travail limitée à 30 % dans un milieu adapté pourrait éventuellement être tentée.

L'appréciation du cas relève que l'examen psychiatrique soulignait les problèmes comportementaux de l'assuré déjà depuis son adolescence et qui s'étaient poursuivis au cour de son existence. La personnalité dyssociale correspondait à un trouble grave du caractère qui constituait le principal facteur limitant. La capacité résiduelle n'était donc pas supérieure à 30-40 % dans une activité occupationnelle en milieu adapté.

Le pronostic était plutôt défavorable compte tenu du grave trouble de caractère que présentait l'assuré. D'autre part, l'arthrose précoce des chevilles risque de se dégrader ultérieurement au cours des prochaines années, nécessitant peut-être une intervention chirurgicale qui présentait certains risques, compte tenu de l'hyperthermie maligne développée lors de la précédente intervention. Ceci pouvant exacerber davantage le sentiment d'angoisse de l'assuré et constituer un frein à la stabilisation de la pathologie psychiatrique.

20. Le 15 mai 2003, la division de la réadaptation professionnelle a proposé un stage à la fondation PRO visant à observer l'attitude et le comportement de l'assuré, sa résistance à la contrainte et à la frustration, prévu du 26 mai au 26 août 2003.

21. Le 27 juin 2003, le fondation PRO a rendu un rapport d'évaluation suite au stage d'observation initialement prévu du 26 mai au 26 août 2003. L'assuré avait été en arrêt maladie du 10 avril au 30 juin 2003. En deux semaines de présence, il était constaté que le comportement et l'attitude de l'assuré posaient des problèmes au niveau professionnel. Il se montrait constamment agressif verbalement, ce qui rendait toute communication très difficile. De plus, il n'appréciait pas le fait d'avoir des supérieurs. Il ne comprenait pas la raison du stage, estimant ne plus pouvoir travailler, alors que les travaux confiés étaient légers et réalisables en position assise. Pessimiste et peu collaborant, il était difficile d'effectuer une évaluation professionnelle, l'assuré ne donnant certainement pas le meilleur de lui-même, vu son manque de motivation pour travailler.

22. Le 20 juin 2003, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er juillet 2003, puis de 0 % du 8 au 20 juillet 2003 et de 50 % dès le 21 juillet 2003.

23. L'assuré a repris son stage le 30 juin 2003 jusqu'au 9 juillet 2003, date à laquelle il est à nouveau en incapacité de travail.

24. Le 31 juillet 2003, la fondation PRO a rendu un second rapport relevant que l'assuré ne s'était pas montré motivé à travailler et n'avait pas collaboré au bon déroulement de la mesure; la communication était difficile, l'assuré se montrant agressif verbalement. Vu les longues absences de l'assuré, le stage était interrompu.

25. Le 13 août 2003, la division de la réadaption professionnelle a proposé un examen de l'assuré au Service médical régional AI (ci-après : SMR Léman).

26. Le 27 août 2003, l'assuré, représenté par Me LOCCIOLA, a souligné que l'interruption du stage provenait uniquement de son incapacité totale de travailler attestée à ce moment-là.

27. Le 7 novembre 2003, l'assuré a demandé au SMR Léman pour quelle raison un nouvel examen médical était nécessaire.

28. Le 12 novembre 2003, l'OCAI a estimé qu'un nouvel examen psychiatrique au SMR Léman était nécessaire, vu l'échec du stage "chez PRO".

29. Le 27 novembre 2003, l'assuré a demandé à l'OCAI qu'il requiert tout d'abord un avis médical auprès de son psychiatre, le Dr H_____.

30. Le 20 mars 2004, le Dr H_____ a rendu un rapport médical AI. L'assuré souffrait depuis 1993 d'un épisode dépressif majeur, récurrent F 33.2, de trouble douloureux F 45.4 et de traits de personnalité dyssociale F 60.2. Il était en incapacité de travail totale depuis le début. Il prescrivait un antidépresseur et effectuait une psychothérapie de soutien. Le pronostic était réservé vu la comorbidité (EDM, douleurs, traits de personnalité) et la durée de l'évolution. Il n'y avait pas de reprise d'activité possible.

31. Le 20 octobre 2004, le SMR Léman a rendu un rapport d'examen psychiatrique. Il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif et anxieux mixte (F 41.2) correspondant à la décompensation d'une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques et caractériels. La symptomatologie psychiatrique est une tristesse, une perte de l'élan vital, des insomnies, des idées suicidaires, des troubles modérés et de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie, une aboulie, une irritabilité, une intolérance à la frustration, des tendances à l'agir sur le mode caractériel, un retrait social. A l'examen, sa thymie est dépressive, avec au premier plan des sentiments de dévalorisation. L'assuré souffre d'insomnies, avec des ruminations anxieuses pendant les périodes d'éveil. Il présente des idées noires, avec des projets suicidaires élaborés comme se jeter contre un mur avec une de ses voitures de collection. L'assuré présente des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'une fatigabilité, qui l'empêchent de mener à bien une activité prolongée. L'assuré est anhédonique et aboulique et présente un retrait social relatif. Sur le plan relationnel, il se montre projectif, réagissant sur le mode de l'agir lorsqu'il se sent contrarié. L'assuré présente une personnalité émotionnellement labile de type antisocial. L'assuré a été dans un premier temps revalorisé sur le plan narcissique en allant apporter son aide aux enfants traumatisées par la guerre au Vietnam. Au moment de son retour en Suisse, il est à nouveau confronté aux limitations que lui imposent ses fractures dans ses nombreuses activités tant professionnelles que sportives. La fragilité de sa personnalité se manifeste alors, avec des signes de décompensation, en particulier lorsqu'il est confronté aux situations frustrantes comme celles rencontrées dans ses

stages au CIP ou à la Fondation PRO. L'assuré tente de réagir sur le mode du "tout ou rien", rompant le contact et interrompant sa formation.

Il y avait une incapacité de travail de 20 % au moins dès juin 1993 et une incapacité de 50 % dès août 2002. La capacité était ainsi réduite sur le plan psychiatrique à 50 % dans une activité adaptée sur le plan biomécanique. L'estimation des experts du COMAI était trop restrictive. Des mesures professionnelles étaient possibles, mais elles devaient tenir compte des difficultés relationnelles, liées à l'aménagement de la personnalité de l'assuré, qui ne devait pas être soumis à un cadre trop rigide et autoritaire. "On devrait laisser faire état de ses capacités et de son inventivité dans la recherche d'une activité adaptée".

32. Le 28 août 2005, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport suite à un entretien avec l'assuré du 15 février 2005.

    Il est relevé que l'assuré est tombé dans son jardin début février 2005 sur les cervicales et qu'il est resté inconscient environ une heure et souffre depuis de vertiges. Des investigations médicales étaient en cours mais aucune information à ce sujet n'avait été transmise à l'OCAI à ce jour. Une évaluation théorique de l'invalidité était effectuée, sur la base d'un revenu avant invalidité, correspondant à l'exercice d'une activité de niveau 4 selon les ESS 2000 TA 1 et le revenu d'invalidité était réduit en application d'une déduction de 10 %, de telle manière que le taux d'invalidité était de 55 %.

33. Par prononcé du 26 août 2005, l'OCAI a demandé à la Caisse cantonale genevoise de compensation de calculer la prestation en espèce sur la base d'un degré d'invalidité de 55 % dès le 1er août 2002.

34. Par décision du 31 août 2005, l'OCAI a réduit la rente entière de l'assuré à une demi-rente dès le 1er octobre 2005.

35. Le 19 septembre 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il n'existait aucune circonstance nouvelle justifiant une révision de la rente, son état médical s'était d'ailleurs aggravé. Il fallait en toute hypothèse prendre en compte une déduction d'au minimum 20 %, compte tenu de son handicap, donnant droit à un trois-quarts de rente.

36. Dès le 1er novembre 2005, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-chômage.

37. Le 3 mars 2006 l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) l'a déclaré apte au placement en relevant qu'il avait transmis un certificat médical du 13 décembre 2005 du Dr I_____attestant d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er août 2003 et qu'il s'était lui-même déclaré apte au placement dans des activités lui permettant des temps de récupération entre deux services.

38. Le 2 juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que la situation ayant motivé l'octroi de la rente entière s'était modifiée dans le sens où les séquelles de l'accident n'empêchaient plus l'exercice d'une activité adaptée à raison d'un 50 %, ce qu'avait également admis l'OCE.

39. Le 6 juillet 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2005.

    Le diagnostic au moment du dépôt de la demande AI et de l'ouverture de la procédure de révision était identique, sauf qu'il souffrait en plus de troubles psychiatriques, ce qui ne pouvait motiver une révision de sa rente.

    En toute hypothèse, selon l'expertise probante du COMAI, il serait capable de travailler uniquement à 35 %. Avec application d'une déduction de 20 %, justifiée en raison des circonstances personnelles et professionnelles de son cas (grandes difficultés à se déplacer, douleurs récurrentes, âge, parcours professionnel), son taux d'invalidité serait de 72 % donnant droit à une rente entière.

40. Le 20 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

41. Le 8 août 2006, l'assuré a sollicité, en tant que de besoin, l'audition des Drs A_____ et H_____.

42. Sur quoi 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. 56V al. 1 let. a) ch. 2 LOJ le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce de même que les dispositions de la novelle modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852).

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a réduit la rente entière dont bénéficiait le recourant à une demi-rente dès le 1er octobre 2005.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

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

droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de

l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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).

   b) En outre, selon l’art. 53 al. 2 LPGA, l’assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu’elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue,

compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). La reconsidération ne doit toutefois pas être 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 paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

10. a) En l'espèce, il ressort des pièces médicales au dossier que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis l'accident de 1993 ayant donné lieu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, mais plutôt péjoré.

    En effet, le Dr A_____, interrogé dans le cadre de la procédure de révision, atteste le 15 décembre 1998 que l'état de santé s'est aggravé depuis six mois. Quant au Dr B_____, le 25 avril 2000, il relève le fait que l'état fonctionnel au niveau de la cheville gauche va inexorablement se dégrader. Le Dr C_____ parle, le 26 mars 2001, d'une fonction de la cheville gauche nettement péjorée et d'une aggravation de l'arthrose tibio et sous-astragalienne gauche. Le Dr J_____estime, le 30 mai 2001, que la situation de l'assuré se dégrade lentement. Enfin, le COMAI relève, le 9 janvier 2003, que l'arthrose précoce des chevilles risque de se dégrader ultérieurement. Par ailleurs, une pathologie psychiatrique, qui n'avait pas été investiguée à l'époque, est mentionnée tant par le Dr G_____ du COMAI que par le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr H_____ et le SMR Léman.

    b) Au vu de ce qui précède, il est manifeste que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis 1995, tant du point de vue somatique que psychiatrique. Par ailleurs, il n'est pas établi que les conséquences de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de gain auraient subi un changement important donnant lieu à un motif de révision. En conséquence, une révision de la rente dans le sens d'une diminution de celle-ci n'est pas justifiée.

11. a) En réalité, l'intimé a procédé à une reconsidération de sa décision initiale d'octroi d'une rente à 100 % en effectuant une nouvelle appréciation des conséquences des affections médicales du recourant sur sa capacité de travail, tout en tenant compte des diagnostics psychiatriques non investigués à l'époque. Il a ainsi considéré que, du point de vue des lésions aux chevilles, l'assuré pouvait exercer une activité adaptée puis, prenant en compte le diagnostic psychiatrique, il a réduit cette activité

possible à un taux de 50 %, en se fondant pour cela sur l'avis psychiatrique du SMR du 20 octobre 2004.

Il convient ainsi d'examiner si les conditions d'une telle reconsidération sont remplies et plus particulièrement de déterminer si la décision d'octroyer une rente à 100 % au recourant était manifestement erronée dès lors que le critère de l'importance notable de la rectification est bien donné.

b) A cet égard, lors de la décision initiale d'octroi d'une rente à 100 %, l'OCAI était en possession du rapport du Dr A_____ du 15 février 1995 lequel mentionne à la fois une incapacité de travail définitive et un souhait de mesures professionnelles.

Le Tribunal de céans constate que la question de l'impact de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail n'a en réalité pas été investiguée. En effet, le Dr A_____ lui-même, en avril 1999, estime qu'une activité adaptée est possible à 100 %, ce que le Dr K_____relève aussi le 25 avril 2000 en précisant qu'elle était déjà possible dès 1995. Cette capacité a été confirmée par le Dr C_____ le 26 mars 2001 et le 30 mai 2001, le Dr J_____mentionne qu'une activité sédentaire à 100 % est possible. Puis le 12 juin 2001, le CIP conclut à une capacité exigible de 75 % et le 9 janvier 2003 le COMAI atteste d'un point de vue somatique d'une capacité de travail à 80 % dans un travail adapté.

c) Il ressort de ces divers rapports médicaux que l'estimation de la capacité de travail du recourant, compte tenu des lésions aux chevilles suite à son accident, n'a effectivement pas été évaluée correctement par l'intimé dès lors que les médecins constatent, dès 1999 et alors même que l'état des chevilles du recourant s'est péjoré, que la capacité de travail de celui-ci dans une activité respectant ses limitations est de 100 %, voire de 80 % (selon expertise COMAI). Ces taux sont très éloignés d'une incapacité de travail totale et il convient de conclure que cette estimation-ci, fondée sur les limitations somatiques, était manifestement erronée.

Cependant, il est apparu que la pathologie psychiatrique du recourant qui n'avait, à l'époque, pas été investiguée, existait certainement déjà en 1995 lors de la décision initiale de rente. En effet, l'expertise COMAI souligne que les problèmes comportementaux de l'assuré existaient déjà depuis son adolescence, qu'ils se sont poursuivis tout au cours de son existence et que le diagnostic de personnalité dyssociale correspond à un trouble grave du caractère constituant le principal facteur limitant et réduisant la capacité de travail à 30 - 40 %.

Par ailleurs, le Dr H_____ confirme l'existence d'une pathologie psychiatrique depuis 1993 en soulignant qu'il n'y a pas de reprise d'activité possible et le SMR Léman constate que la fragilité de la personnalité et la problématique psychiatrique existaient également en 1993 puisqu'il l'évoque avant le départ de l'assuré au Vietnam en 1994. A cet égard, le SMR estime en conclusion que

l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique était réduite à 50 % dès août 2002 mais ne motive pas du tout cette date-ci. Il y a ainsi lieu de retenir que la pathologie psychiatrique dont tous les médecins consultés admettent qu'elle entraîne une incapacité de travail (de 100 % pour le Dr H_____, de 60 à 70 % pour le COMAI et de 50 % pour le SMR) était déjà présente en 1993.

12. Au vu de ces faits, il n'y a pas lieu de conclure que l'octroi d'une rente entière à l'assuré était, en 1995, une décision manifestement erronée.

    En effet, si l'on écarte le taux de 100 % d'incapacité de travail fixé par le psychiatre traitant - en se fondant pour cela sur la jurisprudence du TFA selon laquelle le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351) - et que l'on prend en compte la moyenne des taux de capacité de travail fixés par le COMAI et par le SMR - du taux le plus bas soit 30 % au taux le plus haut soit 50 % - l'on doit retenir une capacité de travail du recourant de 40 %.

    Selon le calcul effectué par la division de la réadaptation professionnelle le 24 août 2005 et qui n'est pas contesté, le revenu avec et sans invalidité se fonde sur le salaire statistique (ESS 2002 TA 1 pour un homme exerçant une activité de niveau 4). Le revenu sans invalidité est de fr. 57'008.-. Celui avec invalidité serait ainsi de fr. 22'803,20 (40 % x fr. 57'008.-). Or, il convient encore d'appliquer à ce revenu avec invalidité une déduction, laquelle au vu de la jurisprudence du TFA et compte tenu des importantes limitations du recourant, peut être fixée à 20 % (ATFA du 18 août 2006, cause I 408/05; ATFA du 29 mars 2005, cause I 236/04), en lieu et place des 10 % appliqués par l'intimé. Le revenu avec invalidité est finalement de fr. 18'242,60 et, en conséquence, le taux d'invalidité de 68 % lequel, en application de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, donne droit à une rente entière d'invalidité.

    Il s'ensuit que la décision initiale de rente du 15 août 1995 n'était pas manifestement erronée.

13. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OCAI du 31 août 2005 réduisant la rente entière du recourant à une demi-rente dès octobre 2005 ainsi que la décision sur opposition du 2 juin 2006 la confirmant ne sont pas justifiées dès lors qu'elles reconsidèrent la décision initiale du 15 août 1995 alors même que les conditions liées à une telle reconsidération ne sont pas remplies.

14. En conséquence, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et une indemnité de fr. 1'500.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

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.

3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 2 juin 2006 et celle du 31 août 2005.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de fr. 1'500.-.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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