

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2742/2008

ATAS/544/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 30 avril 2009

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à Carouge

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Diana ZEHNDER, Présidente suppléante; Monique STOLLER
FÜLLEMANN et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après : « l'assuré » ou « le recourant »), ressortissant suisse, au bénéfice d'un CFC de ferblantier-plombier, a travaillé comme ferblantier auprès de la société X_____ SA et Y_____ SA pour un salaire horaire de 30 fr., respectivement 28 fr. 50.
2. En date du 18 avril 2000, l'assuré a été victime d'un accident professionnel ayant entraîné des douleurs cervicales.
3. Le Dr A_____, chirurgie orthopédique FMH, a diagnostiqué une entorse cervicale motivant un arrêt de travail total.
4. La Dresse B_____, Permanence de Carouge, a constaté des contractures para-cervicales droites, ainsi qu'une discopathie étagée avec troubles dégénératifs. Elle a posé le diagnostic de cervico-brachialgies post-traumatiques dans le cadre d'une pathologie sous-jacente.
5. Le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, assureur-accident ayant pris en charge l'événement accidentel, a confirmé le diagnostic de syndrome cervical avec cervico-brachialgies dans le cadre d'une arthrose cervicale pré-existante. Une reprise du travail à 50 % a été proposée dès le 23 octobre 2000, puis à 100 % dès le 13 novembre 2000.
6. En raison de la persistance des douleurs, en date du 10 juillet 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : « OCAI »).
7. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OCAI a requis l'avis médical du Dr A. A_____ qui, dans son rapport médical du 19 août 2002, confirmant le diagnostic d'arthrose sur entorse cervicale existant depuis le 18 avril 2002, a considéré que l'état de santé allait en s'aggravant. L'incapacité de travail de l'assuré était totale tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée.
8. Par courrier du 5 mars 2004, l'assuré a été informé qu'une expertise allait être effectuée par le Prof. D_____, Division de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois.
9. Par rapport d'expertise du 1^{er} novembre 2004, le Prof. D_____ a diagnostiqué une pelvispondylite rhumatismale (maladie de Bechterev), présente probablement depuis de nombreuses années, mais aggravée par le traumatisme du mois d'avril 2000, des épigastralgies occasionnelles lors de la prise d'AINS ainsi qu'un état de maigreur. Le pronostic était très défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle nécessitant de la manutention ou des mouvements répétitifs soit de la nuque, soit de la colonne lombaire. Au plan physique, un enraidissement

cervical marqué, un enraidissement lombaire, un état douloureux, surtout à la mobilisation et au changement de position de la nuque et de la région lombaire, étaient mis en avant. Au plan psychique et mental, l'assuré signalait un mauvais moral en raison de l'arrêt des activités physiques qu'il appréciait (ski, natation). Il signalait également un mauvais sommeil. En raison des limitations fonctionnelles au niveau de la tête et de la nuque, l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le mois d'avril 2000. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient indiquées dans des délais immédiats. A la question de savoir si la capacité de travail au poste occupé pouvait être améliorée, l'expert y a répondu par la négative en raison de l'importante limitation de la mobilité de l'assuré. Il a en revanche précisé que des mesures médicales régulièrement appliquées comme un traitement par des AINS et des conseils ergonomiques, étaient propres à améliorer sa situation. Dans une activité adaptée, essentiellement en position assise, sans obligation pour l'assuré de pencher trop souvent la tête en avant, évitant le port de charges, la capacité de travail exigible était de quatre à cinq heures par jour, avec une diminution de rendement au début. Il a proposé d'étudier la question de la réadaptation professionnelle une fois les mesures médicales appliquées.

10. Par avis médical du SMR Léman du 26 novembre 2004, la Dresse E_____ a admis une incapacité de travail totale dans toutes les activités et proposé de soumettre l'expertise du Prof. D_____ au médecin de l'assuré pour que les propositions thérapeutiques indiquées par l'expert soient mises en place. Elle a par ailleurs indiqué qu'une procédure de révision allait être initiée dans six mois à un an.
11. Par rapport médical du 11 novembre 2004, parvenu le 6 janvier 2005 à l'OCAI, le Dr F_____, médecine générale FMH, a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites existant depuis 2000, un canal cervical étroit, ainsi qu'une uncarthrose étagée depuis 2003. Une capsulite rétractile au niveau de l'épaule droite a été mentionnée depuis le mois de mars 2003, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'état de santé était stationnaire. Des mesures médicales n'étaient pas, de l'avis de ce médecin, propres à améliorer la capacité de travail de l'assuré. Des mesures professionnelles étaient indiquées dans la mesure où l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, comme chauffeur de petites livraisons et levage de charges, une activité à raison de quatre heures par jour, sans diminution de rendement demeurait possible.
12. Par décision du 22 février 2005, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 25 avril 2001, le versement étant différé au 10 juillet 2001.
13. Par courrier du 2 décembre 2005, l'assuré a été informé que son droit à la rente AI était revu.

14. L'assuré a alors expliqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois d'août 2005, faisant état de douleurs persistantes dans le bras gauche.
15. Par rapport médical intermédiaire du 21 mars 2006, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 2004, sans changement dans les diagnostics. Il a précisé que l'assuré n'avait pas jugé nécessaire de venir en consultation. Le traitement consistait en la prise d'AINS en cas de besoin. Il indiquait en dernier lieu que la reprise du travail n'était pas possible en raison des douleurs chroniques, de l'impossibilité de garder une même position pendant longtemps et de soulever des charges. Un examen complémentaire n'était, selon lui, pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.
16. Par avis médical du SMR Suisse romande du 11 avril 2007, confirmé par le Dr G_____ le 17 avril 2007, il a été relevé que selon le dernier rapport médical du médecin-traitant du 11 novembre 2004, l'incapacité de travail était considérée comme totale dans l'activité habituelle. En revanche, la possibilité d'une activité de quatre à cinq heures par jour dans le cadre d'une activité adaptée était évoquée. Il a été souligné que l'assuré n'avait depuis lors plus consulté son médecin-traitant et qu'aucun autre rapport médical n'était disponible. Il a ainsi été considéré qu'il était vraisemblable que la situation sur le plan strictement médical était inchangée par rapport au moment de l'octroi de la rente, précisant qu'à cette époque déjà, une capacité de travail résiduelle de quatre à cinq heures par jour, dans une activité adaptée obéissant aux limitations fonctionnelles dictées par l'expertise médicale était possible après traitement médical. Il a dès lors été retenu que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50 à 60 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
17. En date du 10 mai 2007, l'OCAI a ordonné un mandat de réadaptation.
18. Par avis médical du SMR Suisse romande du 14 août 2007, le Dr G_____, après examen attentif des conclusions de l'expertise du Prof. D_____ réalisée le 25 octobre 2004, a relevé que la décision d'octroi d'une rente à 100 % était une mesure erronée qui ne tenait pas compte de la réalité médicale clairement établie dans le cadre de l'expertise. Il a pour le surplus souligné que le Prof. D_____ proposait la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle dans des délais immédiats, considérant que la capacité de travail dans une activité adaptée était de quatre à cinq heures par jour. Ainsi, la rente d'invalidité, attribuée à 100 % sur la base de l'avis médical de la Dresse E_____ du 26 novembre 2004, apparaissait erronée, ce d'autant plus que selon l'appréciation du médecin-traitant du 11 novembre 2004, la capacité de travail dans une activité adaptée était similaire à celle invoquée par l'expert. Partant, sur la base du certificat médical du médecin-traitant du 4 mars 2006 qui considérait la situation comme stationnaire sur le plan médical par rapport au

moment de l'octroi de la rente en 2004, le SMR Suisse romande a conclu que l'assuré présentait de façon théorique une capacité de travail résiduelle de 50 à 60 % dans une activité adaptée, en présence de mesures professionnelles et en association avec un traitement d'AINS. Dans ces circonstances, il a été retenu que l'assuré ne présentait pas d'amélioration de son état clinique, ni d'évolution dans sa capacité de travail depuis l'octroi de la rente d'invalidité.

19. Dans un rapport du 4 décembre 2007, la technicienne en réadaptation de l'OCAI a indiqué que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'assuré se sentant totalement incapable de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, en raison des douleurs à la nuque, craignant qu'une reprise de travail risque d'aggraver son état de santé. Elle a donc proposé de conclure par une évaluation théorique de l'invalidité, se basant sur l'exigibilité retenue par le SMR. Elle a conclu à un degré d'invalidité de 59,64 %. Pour ce faire, elle a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2004, réactualisé à 2006, soit 61'494 fr. 40, à celui qu'il aurait pu théoriquement obtenir en exerçant une activité légère la même année, soit, compte tenu d'un degré d'exigibilité de 50 % et d'un taux d'abattement de 15 %, 24'815 fr. 30.
20. Par projet de décision du 2 juin 2008, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 60 % et diminué la rente entière qui lui avait été allouée jusqu'alors à trois-quarts, en précisant que la diminution serait effective dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il ressortait des constatations de l'OCAI que la décision initiale était manifestement erronée dans la mesure où contrairement à la procédure habituelle, l'OCAI n'avait pas procédé à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré et n'avait pas non plus procédé à l'évaluation du droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel en lieu et place de la rente d'invalidité. Ce faisant, les conditions d'application de l'art. 53 al. 2 LPGA, permettant une reconsidération de la décision initiale, soit du 17 décembre 2004, étaient réalisées.
21. Par courrier du 10 juin 2008, l'assuré a contesté le projet de décision précité, soutenant qu'il était invalide à 100 %.
22. Par décision du 16 juillet 2008, l'OCAI a repris la teneur de son projet de décision et confirmé la diminution de la rente entière d'invalidité par un trois-quarts de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il relevait par ailleurs que la contestation du projet de décision du 2 juin 2008 de l'assuré n'apportait aucun élément médical nouveau lui permettant de revenir sur sa décision.
23. Par acte du 25 juillet 2008, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 16 juillet 2007, concluant au maintien de la rente entière d'invalidité. En substance, il soutient qu'il est atteint d'une maladie incurable ayant pour effet de multiples limitations fonctionnelles lui

ôtant toute capacité résiduelle de travail. Il se réserve pour le surplus de produire ultérieurement le rapport médical de son médecin-traitant, le Dr H_____.

24. Par écriture du 1^{er} septembre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs ressortant de la décision attaquée.
25. En date du 1^{er} septembre 2008, le recourant a produit un rapport médical du Dr F_____ du 19 août 2008 indiquant être en charge du suivi thérapeutique du recourant depuis 2003 mais ne pas l'avoir revu depuis 2006. En référence à l'expertise du Prof. D_____ du mois d'octobre 2004, ledit médecin confirme toutes les constatations observées alors. Il relève en outre être en présence d'un patient qui a de la peine à s'exprimer et à formuler ses problèmes. L'état général est qualifié de moyen, le patient est amaigri, l'auscultation cardiaque est normale en dehors d'une tachycardie irrégulière. Les poumons présentent des râles bronchiques compatibles avec un début de bronchite chronique obstructive. Le status orthopédique montre de gros troubles statiques vertébraux sous forme de scoliose étagée, mais surtout des raideurs marquées au niveau lombaire, compatible avec une maladie de Bechterev. La palpation cervicale, dorsale et lombaire est douloureuse et les mouvements sont très limités. Il note une forte asymétrie de la ceinture scapulaire et une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité et de la force musculaire. Il signale par ailleurs que le patient décrit des parasthésies permanentes dans les extrémités. La marche est chaotique et l'équilibre est précaire. Sur le plan cognitif, il souligne que le patient ne manifeste aucune motivation pour une éventuelle réinsertion, se sentant trop diminué, ce qui est admis par le Dr F_____. Au vu des constatations tant physiques que psychologiques, il lui paraît illusoire de prétendre à une quelconque réhabilitation, proposant à l'OCAI de revoir sa position, voire à mettre en œuvre une nouvelle expertise.
26. Le 12 septembre 2008, le Tribunal a communiqué respectivement ces écritures et pièces aux parties et réservé la suite de la procédure.
27. Par courrier du 2 février 2009, le recourant a communiqué au Tribunal les coordonnées de son rhumatologue, le Dr. I_____, pour l'établissement d'une nouvelle expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives, notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de reconsidération instaurée par l'intimé est postérieure au 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 (quatrième révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant les modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'OCAI pouvait procéder à la révision, voire à la reconsidération, de la décision d'octroi de la rente entière d'invalidité.
5. Deux moyens permettent de revenir sur une décision d'octroi de rente : d'une part, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres 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 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En l'espèce, tel n'est pas le cas, ce que reconnaît d'ailleurs expressément le SMR Suisse romande dans son avis du 11 avril 2007, en précisant qu'il est vraisemblable que la situation, sur le plan strictement médical, soit inchangée par rapport au moment de l'octroi de la rente. C'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas matière à réviser la rente selon l'art. 17 LPGA car la comparaison entre la situation existant en 2004, au moment de l'octroi de la rente d'invalidité, avec celle prévalant lors de la décision attaquée, confirme que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et que les circonstances économiques ne se sont pas modifiées au cours de la période déterminante.

D'autre part, aux termes de 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. 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). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 N° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir ATF non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2). 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 (ATFA non publié du 13 août 2003 I 790/01, consid. 3).

6. Il y a lieu d'examiner si l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité dès le 25 avril 2002 (décision du 17 décembre 2004) était manifestement erroné.

L'autorité intimée considère que la décision initiale de rente avait été rendue manifestement à tort dans la mesure où l'administration, contrairement à la procédure habituelle, n'avait pas procédé à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, pas plus que procéder à l'évaluation du droit à des mesures d'ordre professionnel en lieu et place de la rente d'invalidité. Elle rappelle par ailleurs que, selon les pièces médicales versées au dossier, confirmées par le Service médical régional de l'AI, l'état de santé du recourant au moment de la décision initiale d'octroi de rente, ne lui permettait plus de travailler dans

l'activité antérieure de ferblantier. En revanche, dans une activité adaptée, l'expertise rhumatologique, en accord avec le médecin-traitant, admettait une activité exigible à raison de quatre-cinq heures par jour dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur cette base, le Service médical régional de l'AI estimait qu'une capacité de travail résiduelle de 50 à 60 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, demeurerait exigible.

Il y a lieu de relever que l'ATFA non publié du 31 janvier 2003 (I 559/02) jugeant qu'une décision est sans nulle doute erronée lorsqu'une rente d'invalidité a été accordée au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, l'OCAI n'avait pas du tout mis en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle avant d'allouer la rente, soit une situation similaire au présent cas, où la rente a été allouée sans la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelle. Il s'agit de préciser que le Prof D _____ concluait à une capacité résiduelle de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée, après traitement médical et conseils ergonomiques, précisant que des mesures de réadaptation professionnelle étaient indiquées dans des délais immédiats.

Ainsi, comme le soutient l'autorité intimée, en 2001, le recourant bénéficiait déjà d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, le médecin-traitant évoquant du reste la possibilité d'une activité adaptée de quatre heures par jour.

Il s'ensuit que l'autorité intimée était en droit de reconsidérer la décision du 17 décembre 2004.

7. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme aux dispositions légales, ainsi qu'à la jurisprudence rendue en la matière.
8. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après le traitement et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale. Ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATFA 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles

(ATF 115 V 163 consid. 2 ; 105 V 158 consid. 1 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

9. Dans le cadre de la procédure de révision initiée le 2 décembre 2005, l'autorité intimée a requis l'avis médical du Dr F _____, qui s'est prononcé, par rapport médical du 21 mars 2006, en faveur d'un état de santé stationnaire depuis 2004. Il exclut toutefois un retour au travail. Il précise par ailleurs ne pas avoir revu son patient depuis 2004, le traitement thérapeutique consistant en des AINS à la demande. Dans son rapport du 19 août 2008, ce même médecin précise d'ailleurs ne pas avoir revu son patient depuis 2006. Les constatations médicales sont superposables à celles de 2004, respectivement 2006, mais s'y ajoute une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité et de la force musculaire. Il y a lieu de relever qu'il était déjà fait état de douleurs au niveau des épaules, avec une amyotrophie des muscles para-cervicaux et des muscles interscapulaires dans le rapport d'expertise du Prof. D _____ du 1^{er} novembre 2004. Le Dr. F _____ mentionnait par ailleurs, dans son annexe au rapport médical du 11 novembre 2004, au titre de limitation fonctionnelle, des parasthésies, ainsi que des douleurs au niveau de l'épaule droite.

Le Tribunal de céans parvient ainsi à la conclusion que les atteintes sont superposables à celles ayant motivé la décision initiale, de sorte que les conclusions de l'expertise du Prof. D _____, sur laquelle il convient de se fonder pour déterminer le degré d'invalidité, ne sera pas remise en question.

10. Les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne sont pas contestés. La réduction supplémentaire de 15 % à laquelle a procédé l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule demeure possible une activité légère, est conforme à la jurisprudence. Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé ne prête pas flanc à la critique et doit dès lors être confirmé.

Un degré d'invalidité de 60 % donnant droit à un quart de rente, la décision de diminution de rente devra être confirmée et le recours, mal fondé, ne peut être que rejeté.

11. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003) apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit. Il sera donc perçu un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente suppléante

Florence SCHMUTZ

Diana ZEHNDER

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