RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3179/2006 **ATAS/307/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 mars 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , GENEVE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né 1956, a travaillé en tant que gestionnaire pour la société X_____ SA, de mars 2000 au 31 décembre 2002.

2. Le 25 octobre 2002, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OCAI). Il alléguait souffrir depuis 1983 de douleurs dorsales en relation avec une double hernie discale.

3. Dans un rapport à l'OCAI du 26 novembre 2002, le Dr Willy C_____, généraliste, a exposé qu'il suivait l'assuré depuis le 4 août 2000. Au titre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, il signalait une récidive d'hernie discale symptomatique L5-S1 et des lomboscialgies invalidantes surtout à gauche, présents depuis 1982, ainsi qu'un canal lombaire étroit de L2 à S1, un tassement du corps en L1 de même que des lésions dégénératives de la colonne lombaire de L3 à S1. L'assuré avait été opéré d'une hernie discale à deux reprises, en 1984 et en 2000. Le médecin traitant évoquait aussi une gastrite chronique, une hyperuricémie, une rhinite allergique et une dépression réactionnelle, ces affections n'étant pas invalidantes. A partir du 3 décembre 2001, l'assuré avait alterné, presque sans discontinuer, les périodes d'incapacité de travail, tantôt totale, tantôt partielle. Il était en arrêt à 100% depuis le 23 juillet 2002. Les douleurs lombaires l'empêchaient de rester longtemps assis, l'activité de bureau n'étant plus exigible. Une activité adaptée, permettant d'alterner les positions assise/debout et d'éviter certaines positions mettant à contribution le dos, pouvait en revanche être envisagée, avec une diminution de rendement. Des mesures professionnelles paraissaient indiquées.

4. A la demande de l'OCAI, le Dr A_____, rhumatologue, a procédé à une expertise de l'assuré. Selon son rapport du 24 décembre 2003, l'assuré se plaignait de lombalgies épisodiques depuis l'âge de 17 ans, les douleurs s'étant intensifiées à partir de 1982. En 1984, il a subi une cure de hernie discale L4-L5 gauche. Après six mois de rééducation, l'assuré s'est rétabli. Des douleurs invalidantes, objectivées à l'IRM, étant réapparues, une nouvelle intervention chirurgicale a eu lieu en août 2000 (cure de hernie discale L5-S1 gauche par le Dr B_____ - "établissement hospitalier"). Au moment de l'expertise, l'assuré souffrait de lombopyalgies gauches non déficitaires, soit de hernie discale L4-L5 gauche sans net conflit discoradiculaire, de discopathie dégénérative sévère L5-S1 et de discopathie protrusive L3-L4. Il présentait aussi un canal lombaire étroit étagé de L3 à S1, avec hypertrophie des massifs articulaires, et un status après les deux cures de hernie discale. Ces affections entraînaient des lombalgies mécaniques invalidantes rendant impossible toute activité professionnelle comprenant le port de charges modérées à lourdes ou comprenant des positions contraignantes pour

le dos. Par ailleurs, des blocages lombaires épisodiques de quelques jours étaient aussi observés. Le pronostic à moyen et à long terme paraissait plutôt sombre au vu des nombreuses pathologies diagnostiquées; il était toutefois possible que durant plusieurs années la situation demeure plutôt stable. Par conséquent, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans la profession habituelle de gestionnaire, et ce depuis le 25 juillet 2002, compte tenu des douleurs invalidantes limitant la position assise et nécessitant des changements de position fréquents. Une autre activité plus adaptée n'était pas envisageable, l'assuré exerçant déjà une activité sédentaire de bureau.

5. Par courrier du 16 mars 2004, l'assuré a informé l'OCAI qu'il venait d'avoir un épisode de blocage qui l'avait conduit à consulter le Dr B_____ en urgence. Un repos absolu de quelques jours ainsi qu'un traitement conservateur lui ont été prescrits.

6. Interpellé par l'OCAI, le Dr C_____ a fait savoir, en date du 2 juin 2004, qu'une crise très douloureuse s'était manifestée en début 2004. Nonobstant la présence d'une nouvelle hernie (L3-L4), révélée au scanner, le Dr B_____ n'était pas favorable à une intervention chirurgicale. Le pronostic était sombre, une reprise du travail n'étant pas envisageable. Une dépression réactionnelle, traitée par voie médicamenteuse, a aussi été observée. Quant au Dr B_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", il a pour sa part répondu qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la situation sur le plan professionnel, cette question étant plutôt du ressort du médecin traitant.

7. Par décision du 8 juin 2004, l'OCAI a octroyé une demi-rente à l'assuré, et ce avec effet au 1er juillet 2003. L'assuré a formé opposition, en se plaignant d'une aggravation de son état de santé.

8. Dans un complément d'expertise, du 20 décembre 2004, le Dr A_____ a exposé qu'au mois de mars et au mois de novembre 2004 l'assuré avait présenté deux épisodes de lombago hyperalgique. Une hospitalisation dans le service de rhumatologie de "établissement hospitalier", d'une dizaine de jours, avait d'ailleurs eu lieu en novembre. L'évolution par rapport à l'expertise du 24 décembre 2003 était marquée par l'apparition depuis mars 2004 d'une lombo-cruralgie gauche algique sur une hernie discale luxée L3-L4 gauche avec un déficit sensitif. L'assuré était dans une phase subaigüe d'une lombo-cruralgie gauche algo-parasthésiante, avec déficit sensitivomoteur. La capacité de travail était de 0% dans toute profession, l'assuré devant être réévalué après quatre à six mois, afin de mieux cerner les capacités fonctionnelles résiduelles et les capacités professionnelles.

9. Par décision sur opposition du 27 janvier 2005, l'OCAI a reconnu à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 23 juillet 2003 et une rente entière depuis le 1er juin 2004, soit trois mois après l'aggravation constatée, la décision initiale d'octroi d'une demi-rente étant ainsi annulée. Cette décision n'a pas été querellée.

10. Au mois d'août 2005, l'OCAI a entamé une procédure de révision de la rente. Dans ce cadre, le médecin traitant a signalé que l'état de santé de l'assuré était demeuré stationnaire, mais qu'il y avait eu un changement de diagnostics dans le sens d'une augmentation de la discarthrose et du canal lombaire étroit. Depuis le mois de février 2005, une cupulolithiase avec crises vertigineuses avait fait son apparition.

11. Dans un nouveau complément d'expertise, en date du 9 mars 2006, le Dr A_____ a rappelé que lors de la précédente évaluation, en décembre 2004, l'assuré présentait une lombo-cruralgie gauche sur hernie discale L3-L4 algo-parasthésiante en phase subaigüe justifiant une incapacité de travail totale, sujette à réévaluation. Depuis lors, il y avait eu un nouvel épisode de lumbago hyper-aigu en juin 2005, la crise ayant duré une dizaine de jours. L'assuré présentait en substance des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés. Il existait également un déconditionnement psycho-physique important. Il n'y avait pas d'éléments objectifs neurologiques pour une atteinte radiculaire déficitaire ou une claudication neurogène, les plaintes principales étant des douleurs lombaires même en position debout et à la marche. Une attitude chirurgicale n'était pas envisageable; en revanche, une prise en charge multidisciplinaire de la douleur pouvait être bénéfique. En résumé, l'assuré se trouvait dans un état douloureux chronique stationnaire. Globalement, la capacité de travail était nulle dans une activité comprenant le port de charges ou contraignante pour le dos. En l'état, l'assuré conservait une capacité de travail de 50% (4 heures par jour), dans une activité adaptée de bureau permettant des changements de position fréquents, soit son activité habituelle de gestionnaire.

12. En date du 3 juillet 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet de décision. Vu le complément d'expertise du Dr A_____, la rente entière était remplacée par une demi-rente, et ce dès le premier jour du 2ème mois suivant la notification de la décision définitive.

13. Par pli du 7 juillet 2006, l'assuré a marqué son désaccord avec la décision de l'OCAI de réduire la rente. Comme l'expert l'avait admis, son état de santé se dégradait, les épisodes douloureux étant de plus en plus fréquents. Sa capacité de travail était par conséquent nulle.

14. Le même jour, le médecin traitant a écrit à l'OCAI que l'état de santé de son patient ne s'était pas amélioré. Bien au contraire, nonobstant les traitements, il avait observé une aggravation des problèmes depuis quelques mois. Il était fort

douteux que l'assuré puisse réintégrer, ne serait-ce que partiellement, le marché du travail.

15. Le 16 août 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré la décision de réduction de la rente, conformément au préavis du 3 juillet. L'avis du médecin traitant n'était fondé sur aucun élément objectif et ne permettait pas de s'écarter de l'appréciation faite par le Dr A_____, dont l'expertise avait pleine valeur probante.

16. L'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal de céans, par écriture datée du 4 septembre 2006, complétée le 26 septembre 2006. Il observait que les troubles dont il souffrait étaient toujours les mêmes, le Dr A_____ n'ayant pas expliqué en quoi consistait l'amélioration substantielle de son état de santé, par rapport à décembre 2004. Les conditions de la révision de la rente n'étaient par conséquent pas réunies.

17. Le 28 septembre 2006, le Dr C_____ a écrit au Tribunal de céans qu'il n'avait remarqué aucune amélioration de l'état de santé de son patient, mais bien plutôt une aggravation des problèmes. Le Dr A_____ n'avait revu le recourant qu'une seule fois le 1er décembre 2006. Or, la symptomatologie douloureuse était très influencée par les variations d'humidité, de température et par les mouvements pratiqués. Les douleurs lombaires étaient constantes avec des exacerbations réduisant à 100% la capacité de travail.

18. Invité à se déterminer sur l'avis de son médecin traitant, le recourant a évoqué des douleurs présentes aussi bien de jour que de nuit, l'empêchant notamment d'avoir un sommeil régulier, et ce nonobstant un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie, d'acupuncture, d'hydrothérapie et d'ostéopathie. Comme l'avait relevé le Dr A_____, son état de santé était plutôt destiné à s'aggraver, raison pour laquelle il ne comprenait pas la décision de réduire la rente.

19. Dans sa réponse du 14 novembre 2006, l'OCAI a relevé que le Dr A_____ avait constaté une nette amélioration de l'état de santé de l'assuré par rapport à la dernière expertise et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de ses conclusions. Le recourant, en 2004, était en phase subaigüe d'une lombo-cruralgie gauche parasthésiante, avec déficit sensitivomoteur L4-L5. En 2006, la phase subaiguë avait fait place à un état chronique. Les limitations fonctionnelles étaient demeurées les mêmes, mais il n'y avait plus de déficit moteur. L'avis du Dr A_____ qui s'était exprimé à trois reprises de manière convaincante devait être préféré à celui du médecin traitant, qui n'était au demeurant pas rhumatologue. Par conséquent, il convenait de rejeter le recours.

20. Le Tribunal de céans a communiqué au recourant une copie de la détermination de l'intimé, en date du 16 novembre 2006. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives notamment 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. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la loi (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   b) En l'espèce, le litige porte sur le droit à des prestations à partir du 1er octobre 2006 (date de la suppression de la rente d'invalidité entière), la procédure de révision de la rente ayant été entamée en 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, étant précisé que l'art. 17 LPGA, relatif à la révision de la rente d'invalidité, n'a pas apporté de modifications aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien article 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343, consid. 3.5). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   d) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en

vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. a) Le 1er juillet 2006, est entrée en vigueur la novelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 3 juillet 2006, qui a été confirmé par la décision du 16 août 2006, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans, par pli du 4 septembre 2006.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et, en particulier, sur la réduction de la rente dès le 1er octobre 2006, la rente entière ayant été remplacée par une demi-rente.

6. a) 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 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 mesure de réadaptation exigible. 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 (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière.

7. a) 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin

traitant destiné à l'Office AI, 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; Stéphane 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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 consid. 3b/bb et cc).

c) 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).

8. a) Aux termes de 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. Selon

la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

b) Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

c) C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

9. Le recourant est d'avis que son état de santé n'a subi aucune modification notable depuis la décision d'octroi de la rente entière et qu'il est toujours totalement incapable de travailler. Bien au contraire, la nature dégénérative de ses troubles militerait en faveur d'une péjoration de l'état de santé, ce qui ressortirait des rapports du Dr A_____.

10. a) En l'espèce, il est constant que le recourant souffre de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire, et ce depuis de nombreuses années. Il a d'ailleurs subi deux interventions chirurgicales sur hernie discale en 1984 et en 2000.

b) Dans un rapport d'expertise du mois de décembre 2003, le Dr A_____, rhumatologue, a retenu que les lombalgies mécaniques invalidantes rendaient impossible toute activité professionnelle comprenant le port de charges modérées à lourdes ou comprenant des positions contraignantes pour le dos. La capacité de travail dans l'activité habituelle de gestionnaire était en revanche de 50%, ce taux étant justifié par les douleurs invalidantes qui limitaient la position assise prolongée

et nécessitait la position couchée après quelques heures d'activité. Une année plus tard, le Dr A_____, dans un complément d'expertise, a observé une aggravation de la symptomatologie douloureuse, dès le mois de mars 2004, une nouvelle hernie discale L3-L4 ayant été diagnostiquée le 15 mars 2004. Le recourant se trouvant dans une phase subaigüe, l'expert a considéré que "pour l'instant" la capacité de travail était nulle dans toute activité. Toutefois, la situation devait être réévaluée après quatre à six mois, afin de mieux cerner les capacités fonctionnelles résiduelles et professionnelles. Sur la base de ces deux rapports, l'OCAI a alloué au recourant, par décision du 27 janvier 2005, une demi-rente dès le 23 juillet 2003 et une rente entière dès le 1er juin 2004.

c) Interpellé dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente, l'expert a estimé, en mars 2006, que l'on était en présence d'un état douloureux chronique stationnaire. Il a remarqué que le recourant était démonstratif lors de l'examen, changeant fréquemment de position. Il présentait aussi une forte appréhension qui rendait difficile d'avoir une idée objective des restrictions articulaires. Il n'y avait toutefois pas des éléments objectifs neurologiques pour une atteinte radiculaire déficitaire ou une claudication neurogène. Les plaintes étaient justifiées par les troubles dégénératifs marqués de la colonne lombaire à plusieurs niveaux. Si l'évolution des plaintes suggérait à terme un pronostic professionnel sombre, en l'était il était possible d'exiger du recourant qu'il exerce une activité lucrative sédentaire à raison de 4 heures par jour, permettant des changements fréquents de position et le repos l'après-midi. En résumé, le recourant conservait une capacité de travail de 50% dans une activité de bureau, étant précisé que son ancienne activité de gestionnaire (travail administratif de bureau) était adaptée.

11. Le Tribunal de céans observe que le Dr A_____ a examiné l'assuré à trois reprises et a rédigé trois rapports qui se fondent sur une étude approfondie du dossier médical et radiologique. Les constatations de l'expert reposent tant sur les nombreux rapports d'IRM que sur un examen clinique effectué à chaque évaluation. Dans la première appréciation, de 2003, il a retenu une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Lors de l'évaluation de décembre 2004, le recourant se trouvait dans une phase subaigüe, empêchant toute activité professionnelle et rendant difficile une évaluation des capacités fonctionnelles. A cette occasion, l'expert a toutefois préconisé de réexaminer la situation après quelques mois. En 2006, l'expert a estimé que l'état de santé était globalement stationnaire, ce qui permettait de retenir une capacité de travail à 50% dans une activité de bureau, soit l'activité habituelle.

12. a) Les conclusions du Dr A_____ sont complètes et convaincantes et ne contiennent aucune contradiction. Le fait que le recourant présente des troubles dégénératifs, qui pourraient conduire à terme à une incapacité de travail entière, n'est pas en contradiction avec le fait qu'au moment de la dernière expertise, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, ce d'autant plus que lors

de l'examen de 2004, l'expert a observé que l'incapacité de travail entière observée était justifiée par la phase subaigüe. Le caractère provisoire de cette évaluation médicale, sujette à réévaluation, était donc déjà annoncé. Partant, il y a lieu d'observer que même si les diagnostics posés dans les trois évaluations médicales successives par le même expert sont demeurés en substance les mêmes, les conséquences des troubles lombaires sur la capacité de gain ont subi un changement important entre l'évaluation de 2004 et celle de 2006, justifiant une modification du taux de l'incapacité de travail.

b) Les conclusions de l'expert ne sont par ailleurs contredites valablement par aucune autre pièce médicale au dossier, le Dr B_____ ayant explicitement renoncé à se prononcer sur la capacité de travail du recourant, et l'avis de l'expert devant être préféré à celui du médecin traitant, qui se contente d'affirmer, sans l'étayer que le recourant ne peut plus exercer une quelconque activité.

13. Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que le taux d'incapacité de travail du recourant a subi une modification notable, et qu'il s'élève à 50%.

14. a) Il reste à déterminer le degré d'invalidité.

b) L'OCAI a considéré que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 50%, sans procéder à une comparaison des revenus déterminants. A l'appui de son point de vue, il s'est exclusivement fondé sur la capacité de travail du même taux, que l'assuré présente dans son activité professionnelle habituelle, selon l'expertise rhumatologique versée au dossier. Cependant, la notion d'invalidité est avant tout économique et non médicale, en ce sens que le degré d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail constaté médicalement. Dès lors, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. 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 128 V 30 consid. 1).

c) Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zurich 1997, p. 205 sv.). En l'espèce, selon le questionnaire pour l'employeur, le dernier salaire annuel réalisé par le recourant était de 75'600 fr., inchangé pour l'année 2002. Ce montant, indexé à l'évolution des salaires jusqu'en 2005 (dernières données disponibles: 1.3% en 2003, 0.9% en 2004 et 0.9% en 2005) s'élève à 77'943 fr 60.

d) 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 - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). 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. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10% et 25% au maximum (ATF 126 V 75 ss).

e) En l'espèce, il est constant que l'assuré n'a plus travaillé depuis le 23 juillet 2002, son dernier employeur ayant mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 décembre 2002. Pour déterminer le revenu d'invalide, il convient donc de se référer aux données statistiques. Le recourant disposant d'une formation en gestion de même que des années d'expérience, le revenu d'invalide est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités nécessitant des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans le secteur privé, soit 5'550 fr. par mois en 2004 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1), ou 66'600 fr. par an. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans le secteur tertiaire en 2004 (41.7 heures), ce salaire hypothétique représente un revenu annuel d'invalide de 69'430 fr.50. Ce chiffre doit encore être actualisé à 2005 (+0.9%), soit 70'055 fr. 40. La capacité de travail du recourant dans l'activité d'employé de bureau étant de 50%, le salaire d'invalide s'élève à 35'027 fr. 70. Compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalide, pour tenir compte du taux d'activité réduit et des limitations fonctionnelles, l'on obtient un salaire de 31'525 fr.

e) Le salaire avant invalidité de 77'943 fr 60, comparé au salaire d'invalide de 31'525 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 59.55%. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre entier en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). En conséquence, le taux d'invalidité de 59.55% doit être arrondi à 60% et donne droit au recourant à trois-quarts de rente d'invalidité.

15. Compte tenu de ce qui précède, c'est à raison que l'OCAI a retenu que la capacité de travail du recourant avait subi une modification notable de nature à influencer le degré d'invalidité, les conditions de la révision de la rente étant ainsi réunies. En application de la méthode générale de comparaison des revenus, le degré d'invalidité du recourant est toutefois de 60% et non de 50%. En application de l'art. 88bis RAI, c'est à juste titre que l'OCAI a réduit la rente avec effet au premier jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision, soit dès le 1er octobre 2006.

16. Le recours est ainsi partiellement admis, le recourant ayant droit à trois-quarts de rente dès le 1er octobre 2006.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Dit que le recourant a droit à trois-quarts de rente dès le 1er octobre 2006.

4. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

5. 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Verena Pedrazzini Rizzi

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