RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3328/2005 **ATAS/793/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 13 septembre 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 1952, ressortissant espagnol au bénéfice d'un permis C, a travaillé dès le 1er août 1993 pour le compte des (ci-après : "établissements hospitalier") en tant qu'aide-soignant.

2. En octobre 1997, il a souffert d'une lombalgie qui a progressivement irradié dans le pli de l'aine gauche.

3. Une IRM dorso-lombaire effectuée le 17 décembre 1997 a révélé une herniation intraspongieuse au niveau du plateau inférieur D9, une petite hernie discale latérale gauche en L3-L4 en contact avec la racine L3, une protrusion discale L4-L5, une arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5 et L5-S1 à prédominance gauche, enfin, un probable canal lombaire étroit.

4. Le 23 octobre 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

5. Dans un rapport médical du 10 novembre 1998, la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue, a diagnostiqué une hernie discale L3-L4 extraforaminale comprimant la racine L3 gauche, une arthrose du rachis lombaire et un probable canal lombaire étroit. Elle a fait état d'un syndrome lombovertébral chronique avec limitation surtout en inclinaison latérale gauche, d'un déficit neurologique intermittent, enfin d'une exacerbation des douleurs à l'effort. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 18 décembre 1997 pour une durée indéterminée.

6. Dans un rapport médical du 27 août 1998, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil des "établissements hospitalier", a estimé que l'assuré ne pouvait exercer qu'un emploi épargnant le dos, c'est-à-dire sans port de charges de plus de dix kilos de façon répétitive, ce qui n'était plus possible dans l'activité d'aide hospitalier.

7. Dans un rapport médical du 5 octobre 1999 concernant les capacités professionnelles, la Dresse A_____ a indiqué que l'assuré avait un fonctionnement intellectuel conservé et pouvait uniquement rester assis 30 minutes d'affilée, rester debout 1h30 d'affilée, marcher au maximum un kilomètre, utiliser normalement les membres supérieurs et avoir des contacts personnels. Elle a estimé qu'en raison de douleurs constantes, il ne pouvait ni travailler dans la profession exercée jusqu'ici, ni travailler dans une autre profession.

8. Un examen tomodensitométrique lombaire, effectué le 17 décembre 1999, a confirmé l'existence d'un canal lombaire étroit modéré étagé, d'une arthrose interapophysaire postérieure relativement marquée en L4-L5 et L5-S1 du côté gauche,

d'une protrusion discale L3-L4 engendrant un conflit disco-radiculaire du côté gauche, enfin, d'une protrusion discale L4-L5 engendrant un conflit disco-radiculaire du côté droit.

9. Le 12 janvier 2000, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI) a confié un mandat d'expertise au Prof. C_____, neurologue.

10. Dans son rapport du 25 février 2000, l'expert a diagnostiqué des lombalgies et cruralgies d'origine musculaire, mais sans substrat organique. Il a expliqué que l'assuré présentait une chronification de ses plaintes probablement liées à une personnalité douloureuse, sans pathologie spécifique sur le plan organique. Il a estimé que le patient devait être réinséré progressivement dans son activité professionnelle habituelle et a précisé qu'il ne devait pas être difficile pour le patient, dans le cadre des "établissements hospitalier", de retrouver une place de travail adaptée à son état.

11. Dans un rapport médical du 21 mars 2000 répondant aux questions complémentaires de l'OCAI, le Prof. C_____ a indiqué que l'assuré était apte à reprendre son travail dès le 1er mai 2000, soit dans son activité d'aide-infirmier, soit dans une activité plus légère. Il a ajouté que sa capacité de travail dans ces deux activités ne dépassait pas 50%, à cause du syndrome douloureux chronique, et ce de manière définitive.

12. Dans un rapport médical du 17 mai 2001, la Dresse A_____ a considéré que l'expert pouvait difficilement tirer des conclusions de manière formelle après une seule consultation. Elle a contesté le diagnostic posé par l'expert et s'est étonnée qu'il n'ait pas pris en considération le CTscan lombaire de décembre 1999 qui expliquait les blocages à répétition par un problème mécanique du rachis. Elle a indiqué que toute mesure professionnelle, aussi légère soit-elle, était vouée à l'échec vu l'évolution et l'état de santé de l'assuré.

13. Par prononcé du 23 juillet 2001, l'OCAI a admis un degré d'invalidité de 100% du 14 octobre 1998 au 31 août 2000 et de 50% dès le 1er septembre 2000 estimant que l'assuré pouvait reprendre à 50% son activité d'aide-soignant dès le 1er mai 2000. Il a calculé le taux d'invalidité en comparant le revenu en 2001 d'aide-soignant à 100% avec celui à 50%.

14. Par décision du 8 novembre 2001, l'OCAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2001.

15. Par décision du 3 décembre 2001, l'OCAI a versé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er décembre 1999 au 31 août 2000 et une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2000 au 30 novembre 2001.

16. Par acte du 10 décembre 2001, l'assuré a recouru contre lesdites décisions auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : la Commission) alors compétente. Il a produit, notamment, un rapport médical du Dr B_____ du 19 novembre 2001 précisant qu'il avait préconisé un reclassement rapide dans un travail plus léger, comme par exemple celui de facturiste, mais que ce reclassement n'avait pas pu avoir lieu dans des délais raisonnables. Ce médecin a indiqué que, compte tenu des trois années pendant lesquelles le patient n'avait pas travaillé, toute tentative de reprise du travail se solderait immanquablement par un échec et qu'il fallait considérer l'assuré comme invalide à 100%.

17. Par décision du 11 décembre 2001, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er octobre 1998 au 30 novembre 1999.

18. Par arrêt du 25 septembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours, annulé les décisions des 8 novembre et 3 décembre 2001 sans préjudice pour les parties, et a renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire sous la forme d'un examen pluridisciplinaire dans un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Au vu des divers rapports médicaux contenus dans le dossier, il a estimé que les résultats de l'expertise du Prof. C_____ n'étaient pas convaincants, notamment, quant au diagnostic posé et à l'analyse du dossier radiologique.

19. Le 8 mars 2004, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au COMAI de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR) afin d'apprécier l'état de santé de l'assuré, l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail et sur ses possibilités d'intégration professionnelle.

20. Aux fins de l'expertise, l'assuré a séjourné à la CRR du 23 au 25 août 2004. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 1er septembre 2004, le Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute, n'a mis en évidence aucune affection psychiatrique atteignant un seuil diagnostique. Il n'a constaté ni état dépressif ou anxieux spécifique, ni trouble de la personnalité, ni, enfin, affection cérébro-organique ou psychotique. Il a également considéré que le patient ne présentait pas de trouble somatoforme douloureux parce qu'un tel diagnostic n'avait jamais été formellement retenu et que les critères diagnostiques de ce trouble n'étaient pas réunis en raison, notamment, de l'absence de situation psychosociale délétère et d'impression de souffrance globale. Dans son rapport d'expertise principale du 9 septembre 2004, le Dr E_____, orthopédiste, a mentionné les plaintes du patient, à savoir des lombalgies constamment présentes aggravées par des crises hyperalgiques durant quelques jours et survenant trois fois par mois avec irradiation douloureuse diffuse dans les membres inférieurs. A l'examen, il a constaté, au niveau lombaire, des contractures paravertébrales, d'importantes douleurs à la percussion, un résultat positif de quatre des cinq épreuves de non organicité selon Waddell, enfin, au niveau dorsal, une mobilité un peu réduite et des mouvements de flexion latérale et de rota-

tion limités d'environ un tiers. Il a tenu compte d'une IRM lombaire réalisée le 25 août 2004 qui confirmait une protrusion discale en L3-L4 et L4-L5 sans image de hernie discale ou de conflit radiculaire, avec quelques troubles dégénératifs discrets de spondylarthrose étagée. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et L4-L5 (M. 54.4). Il a estimé que le syndrome lombaire sévère dont se plaignait l'assuré était difficilement explicable par l'imagerie médicale et les constatations cliniques, ce qui le poussait à admettre avec le psychiatre l'existence d'un syndrome d'amplification de symptômes. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignant considérant que les altérations dégénératives et les discopathies lombaires contre-indiquaient une telle activité. Dans une activité adaptée, à savoir en positions alternées assis-debout et évitant les travaux lourds, notamment le port de charges de plus de dix kilos, il a considéré que la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

21. Par décision du 10 mars 2005, l'OCAI a supprimé la demi-rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification et a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. La comparaison du revenu d'aide-soignant en 1998 avec le salaire statistique que l'assuré pouvait obtenir dans une activité adaptée en 1998 lui a permis de fixer le taux d'invalidité à 21%. Il a admis que ce taux ouvrait en revanche le droit à des mesures professionnelles, mais a estimé que de telles mesures n'étaient pas à même d'améliorer sa capacité de gain, notamment en raison des limitations dont il faisait état.

22. Le 29 avril 2005, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a contesté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, l'établissement du revenu d'invalide sans prendre en considération un abattement tenant compte de son handicap. Il a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'un trois quarts de rente.

23. Le 2 juin 2005, il a communiqué à l'OCAI un rapport médical du Dr B_____, daté du 6 mai 2005, recommandant aux "établissements hospitalier", suite à une discussion avec le médecin-traitant, une réinsertion tenant compte d'une activité maximale de 50%, d'une restriction de port de charges répétitif de plus de dix kilos et d'une activité comportant obligatoirement une alternance entre les positions assise et debout.

24. Dès le 20 juin 2005, l'assuré a débuté une activité à 50% aux archives administratives de la direction des ressources humaines des "établissements hospitalier" pour un salaire mensuel de 2'921 fr. 15 correspondant à la classe 7, annuité 13.

25. Dans un rapport médical du 1er juillet 2005, la Dresse A_____ a estimé qu'une reprise du travail à 100% dans une activité même réduite lui paraissait très difficile, après sept ans d'inactivité professionnelle et qu'une activité à 50% lui

semblait beaucoup plus réaliste. Elle a demandé à l'OCAI de maintenir la demi-rente jusqu'à réévaluation de la situation avec l'employeur après l'été 2005.

26. Le 28 juillet 2005, l'assuré a demandé à l'OCAI de reconsidérer son dossier et de lui octroyer une rente d'invalidité à 50% étant donné que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité à plein temps selon l'avis du médecin-conseil des "établissements hospitalier" et de son médecin-traitant.

27. Par décision sur opposition du 25 août 2005, l'OCAI a confirmé sa décision de suppression de rente. Il a considéré que les avis des médecins mentionnés par l'assuré n'avaient pas suffisamment de substance pour ébranler les conclusions de l'expertise et que son engagement à 50% dans un poste plus léger par les "établissements hospitalier" ne signifiait pas qu'il exploitait totalement sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible.

28. Par acte du 23 septembre 2005, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente, sous suite de dépens. Il considère que l'intimé n'a pas respecté son droit d'être entendu en tant qu'il a procédé à une "reformatio in peius" en supprimant la demi-rente initialement accordée avant renvoi du dossier par le Tribunal pour instruction complémentaire. Il demande l'octroi d'un délai complémentaire pour étayer son dossier médical. Enfin, il sollicite l'audition du Dr B_____.

29. Le 7 février 2006, le Tribunal a accordé un délai au recourant pour compléter son écriture.

30. Dans un rapport du 23 février 2006, le Dr F_____, radiologue, a procédé à une étude comparative des IRM lombaires datées du 17 décembre 1997 et du 25 août 2004. Il a, notamment, mentionné une protrusion discale foraminale gauche en L3-L4 entrant en conflit avec la racine L3 gauche et une protrusion discale médiane et paramédiane en L4-L5 à prédominance droite, en contact direct avec la racine L4 droite dans son trajet foraminal. Il a conclu à l'absence de modification significative de l'IRM de 1997 par rapport à celle de 2004.

31. Dans un rapport médical du 14 mars 2006, la Dresse G_____, spécialiste en médecine physique et en rhumatologie, a diagnostiqué des lombocruralgies chroniques à gauche récidivantes sur canal lombaire étroit constitutionnel associé à une dégénérescence discale étagée avec protrusion foraminale gauche en L3-L4 entrant en conflit avec la racine L3 à gauche et protrusion discale paramédiane en L4-L5 en contact discret avec la racine L4 droite ainsi qu'une arthrose inter-apophysaire postérieure L4-L5 et surtout L5-S1 du côté gauche. Elle a constaté, à l'examen clinique, un rachis modérément enraidi avec un syndrome iliolombaire et une irritation radiculaire gauche sans déficit neurologique chez un patient obèse. Elle a estimé que le poste de travail actuel du patient était momentanément adapté à son état de santé dont le pronostic était défavorable à long terme avec possible évolution ulté-

rieure vers une atteinte pluri-radiculaire. Elle a précisé que, de ce fait, il pouvait difficilement travailler à plein-temps.

32. Le 15 mars 2006, le recourant a communiqué au Tribunal diverses pièces dont les deux rapports médicaux susmentionnés.

33. Dans son écriture complémentaire du 28 avril 2006, le recourant a conclu à l'audition de la Dresse G_____ et a persisté dans ses conclusions au fond. Il a expliqué que son rendement était de 100% dans son emploi à mi-temps aux archives administratives des "établissements hospitalier" car les efforts effectués n'étaient possibles qu'en alternance avec des périodes de repos. Il a contesté le rapport d'expertise du 9 septembre 2004 auquel il a reproché de faire une mention partielle de ses problèmes dorsaux, de procéder à une lecture lacunaire des IRM, de minimiser ses problèmes, enfin, de prendre des conclusions dépréciatives à son égard. En outre, il a relevé que l'intimé avait comparé les revenus de l'année 1998, alors qu'en 2001, l'OCAI s'était référé aux revenus de 2001. Par ailleurs, il a critiqué l'utilisation de la base statistique pour établir son revenu d'invalide et a préconisé de se baser sur son salaire effectif aux "établissements hospitalier". De plus, il a considéré que le revenu d'invalide devait faire l'objet d'un abattement de 20% pour tenir compte de son âge, de sa formation, de son origine étrangère, de son handicap et de son activité à mi-temps. Enfin, il a exposé que le revenu sans invalidité devait être établi sur la base du salaire qu'il aurait perçu au jour de la décision, soit en 2005.

34. Dans sa réponse du 30 mai 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que, malgré le long délai accordé au recourant pour apporter les preuves étayant son argumentation, aucun élément sérieux n'était susceptible de mener à une appréciation différente du cas.

35. Le 6 juin 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. 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 faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

   En l'espèce, les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA. Aussi, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, 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). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc applicables dans le présent cas.

   Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par le recourant le 26 août 2005, le recours du 23 septembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

   En premier lieu, il convient de déterminer la nature de la décision attaquée.

   Dans son recours du 10 décembre 2001, le recourant a contesté la suppression de la rente entière d'invalidité et son remplacement par une demi-rente d'invalidité dès le

1er septembre 2000. Par arrêt du 25 septembre 2003, le Tribunal de céans a annulé, sans préjudice pour les parties, les décisions des 8 novembre et 3 décembre 2001 allouant une rente entière d'invalidité du 1er décembre 1999 au 31 août 2000 et une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2000. Pour sa part, l'intimé a continué à verser une demi-rente, puis, après avoir procédé à l'instruction complémentaire requise par le Tribunal, a émis une nouvelle décision, le 10 mars 2005, par laquelle il a supprimé la demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2005. En revanche, bien que ses décisions précédentes aient été annulées par le Tribunal, il n'a pas rendu de nouvelle décision sur les prestations déjà octroyées du 1er décembre 1999 au 30 avril 2005.

Il appert ainsi que l'intimé a procédé comme s'il s'agissait de réviser un droit à une demi-rente déjà reconnu, à la suite de l'amélioration de l'état de santé du recourant. Or, par l'arrêt du 25 septembre 2003, le Tribunal de céans avait annulé les décisions accordant une rente entière du 1er décembre 1999 eu 31 août 2000 et une demi-rente dès cette date. En ce qui concerne la demi-rente, il ne fait dès lors pas de doute qu'aucune décision n'a été prise au sujet du droit à une rente dès le 1er septembre 2000 et que c'est dès lors à tort que l'intimé a continué à verser cette rente. Pour la rente entière, la question est toutefois plus délicate. Il ressort en effet du jugement précité que ni les parties ni le Tribunal de céans ne mettaient en doute le droit à une telle rente de décembre 1999 à 31 août 2000. Il existe ainsi une contradiction entre le dispositif et les considérants et il convient d'interpréter ce jugement dans le sens que la décision du 3 décembre 2001 n'était annulée qu'en ce qu'elle a alloué au recourant une demi-rente dès le 1er septembre 2000 et a confirmé cette décision pour le surplus.

Le recourant invoque la violation de son droit d'être entendu en tant que l'intimé, en supprimant la rente à la suite de l'expertise du CRR mise en œuvre sur renvoi du dossier par le Tribunal, aurait procédé à une reformatio in peius.

a) Lorsqu'une autorité envisage de procéder sur recours à une reformatio in peius de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui donner l'occasion de s'exprimer (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités). Peu importe que cette obligation soit ou non expressément prévue par la loi; elle résulte de toute manière de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 122 V 167 consid. 2a, 120 V 94 consid. 5a et les références). Le droit d'être entendu étant de nature formelle, il est protégé indépendamment des conséquences matérielles entraînées par sa violation. Ainsi, une décision prise en violation de ce droit doit être annulée, sans égard aux chances de succès sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa). Par ailleurs, dans une telle situation, la partie invitée à s'exprimer sur l'éventualité d'une réforme à son détriment de la décision entreprise doit être expressément rendue attentive à la possibilité de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2b).

Dans le cadre de la procédure judiciaire, la possibilité de retirer le recours dans l'éventualité d'une reformatio in peius est réglée par l'art. 61 let. a LPGA. Quant à la procédure sur opposition, l'art. 12 al. 2 de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA) prévoit la possibilité pour l'assuré de retirer son opposition en cas de reformatio in peius.

b) En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OCAI par la Tribunal de céans pour instruction complémentaire, après annulation des décisions du 8 novembre et du 3 décembre 2001, a provoqué une reprise de la procédure au stade où elle se trouvait avant que ne soient rendues lesdites décisions. A la suite d'un tel renvoi, l'issue de la procédure reste indécise et la nouvelle décision peut être attaquée au même titre que les premières. En ce sens, un jugement de nature cassatoire n'entraîne aucune reformatio in peius. Ce principe se déduit en outre de la définition de la reformatio in peius dont on ne peut parler que si la décision attaquée est réformée, c'est-à-dire si l'autorité de recours tranche définitivement le litige (cf. RCC 1988 p. 648 consid. 2b).

En l'occurrence, le droit à une rente dès le 1er septembre 2000 n'a été fixé par aucune décision valable, dès lors que la décision y relative a été annulée, comme relevée ci-dessus. Par conséquent, l'intimé n'a pas pu procéder à une révision d'une décision antérieure afférente au droit aux prestations depuis cette date. La nouvelle décision est ainsi intervenue dans une nouvelle procédure.

Quant au droit d'être entendu, l'art. 42 LPGA prévoit expressément qu'il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition. Ce droit n'a dès lors pas été violé in casu.

5. L'objet du litige est dès lors en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision de la rente dès le 1er septembre 2000 sont remplies. En effet, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, disposition qui a été reprise avec une teneur similaire par l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 s. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Aux termes de cette première disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. a) 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 d'une 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

d) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

e) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

   b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

   c) Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'administration (ATF 125 V 351, consid. 3c).

8. L'intimé a refusé le droit à toute rente en se fondant sur l'expertise du 9 septembre 2004 du Dr E_____.

   Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 9 septembre 2004 auquel il reproche de ne pas avoir tenu compte, dans le diagnostic, de la protrusion discale foraminale gauche en L3-L4 entrant en conflit avec la racine L3 gauche, des infiltrations lipidiques au sein des vertèbres, enfin, de l'arthrose interapophysaire en L4-L5 et L5 et S1. Il estime qu'une lecture lacunaire des IRM a amené l'expert à

poser un diagnostic erroné et à expliquer par la simulation des douleurs pourtant objectivables. De plus, il prétend que l'appréciation de la Dresse G_____ dont les conclusions sont différentes quant à sa capacité résiduelle de travail permet de douter du bien fondé des conclusions de l'expertise de la CRR. Enfin, il considère que le rapport de ladite expertise est en contradiction avec tous les avis médicaux rendus à ce jour.

Pour sa part, l'intimé expose que l'expertise de la CRR remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue et que les avis du médecin-traitant ainsi que du médecin-conseil des "établissements hospitalier" n'apportent pas suffisamment de substance pour ébranler sérieusement les conclusions des experts.

9. En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée.

Dans son rapport d'expertise, le Dr E_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et L4-L5 (M54.4). Il a expliqué qu'à l'examen clinique, il avait constaté un syndrome clinique qui était difficilement explicable par l'imagerie médicale. En outre, il a relevé que le patient avait été plaintif ainsi que démonstratif lors de l'examen clinique et que quatre des cinq épreuves de non organicité selon Waddell étaient positives. Il a précisé qu'en raison d'une situation médicale où la clinique était au centre de la douleur, mais n'était pas explicable par les constatations cliniques et radiologiques, il avait admis avec le Dr D_____, l'existence d'un syndrome d'amplification de symptômes. Quant à la capacité de travail, il a considéré qu'elle était nulle dans l'activité d'aide-soignant dès lors que les altérations dégénératives et les discopathies lombaires basses contre-indiquaient ce métier pénible s'exerçant toujours en position debout et nécessitant des activités physiquement pénibles avec des malades alités. En revanche, dans une activité adaptée, à savoir en positions alternées assis-debout, sans travaux lourds et sans port de charges dépassant dix kilos, la capacité de travail médicalement exigible était de 100%. Il a estimé que, dans une telle activité, un horaire de travail en plein était médicalement exigible sans diminution de rendement. Ces explications ont apporté à l'intimé un éclairage quant à l'appréciation de la situation médicale et quant à la capacité de travail dans une activité adaptée qui lui permet de statuer en pleine connaissance de cause sur sa prise en charge. Il y a donc lieu d'examiner si ce rapport d'expertise remplit les conditions générales permettant de lui accorder une valeur probante.

Le rapport du Dr E_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique, un consilium psychiatrique effectué par le Dr D_____, une observation en ateliers professionnels et un séjour à la CRR de trois jours. Il se fonde sur un examen clinique complet lors duquel il a constaté d'importantes douleurs à la per-

cussion de la colonne lombaire ainsi qu'une crispation lors de l'exécution des mouvements, une mobilité un peu réduite du segment dorsal ainsi qu'une limitation d'environ un tiers des mouvements de flexion latérale et de rotation droite-gauche. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant, à savoir des lombalgies constamment présentes avec des crises hyperalgiques qui durent de quelques jours à une semaine. Ces crises surviennent environ tous les dix jours et provoquent une irradiation douloureuse diffuse ainsi que mal localisée dans les membres inférieurs. Ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que radiologique et sur la base d'un séjour hospitalier de trois jours. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes de sorte que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

10. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr E_____. Le recourant prétend qu'un tel indice existe dès lors que l'expert a mal interprété le dossier radiologique et que son appréciation de la capacité de travail est contredite par tous les autres médecins.

    L'expert a examiné le dossier radiologique et a pris en considération l'IRM lombaire du 18 décembre 1997, le scanner lombaire du 17 décembre 1999 et l'IRM lombaire du 25 août 2004 effectuée à la CRR. En posant un diagnostic de lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et L4-L5, il a tenu compte d'une protrusion discale en L3-L4 puisque le terme "discopathie" signifie "affection d'un ou de plusieurs disques intervertébraux" (Dictionnaire Le Petit Larousse - noms communs). Il n'a pas fait état d'un conflit radiculaire car l'IRM lombaire pratiquée durant le séjour à la CRR ne montrait précisément plus de conflit radiculaire. Par ailleurs, il a précisé que l'imagerie pratiquée révélait de discrètes lésions d'ostéochondrose étagée (IRM de 1997 et scanner de 1999) et quelques troubles dégénératifs discrets de spondylarthrose étagée (IRM de 2004). La discrétion de ces troubles ne nécessitait pas qu'ils soient mentionnés spécifiquement dans les diagnostics, étant précisé, toutefois, qu'il en a tenu compte dans son appréciation de l'incapacité de travail puisqu'il a également pris en considération les altérations dégénératives vertébrales à cet effet. Enfin, les infiltrations lipidiques au sein des vertèbres si elles ne sont pas mentionnées par l'expert dans son diagnostic ne sont pas davantage indiquées par la Dresse G_____ dans son rapport du 14 mars 2006 ce qui établit qu'il s'agit de troubles bénins sans incidence sur la capacité de travail.

    En revanche, l'expert n'a pas fait état du canal lombaire étroit modéré confirmé par le scanner du 17 décembre 1999. Son aspect modéré explique vraisemblablement que l'expert l'ait passé sous silence. Au demeurant, le canal lombaire étroit est une anomalie congénitale favorisant l'apparition de compression médullaire par des dis-

copathies de façon plus précoce que lorsque le canal est de taille normale (cf. BENINI, Ischias ohne Bandscheibenvorfall : Die Stenose des lumbalen Wirbelkanals, 2e édition, H. Huber 1986). En conséquence, en tant que tel, le canal lombaire étroit n'a pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant et sa présence explique simplement l'apparition de discopathies. Dès lors, le fait que l'expert ne l'ait pas mentionné dans le diagnostic n'a pas de conséquence sur ses conclusions.

Le rapport comparatif du radiologue daté du 23 février 2006 ne permet pas davantage de douter de la pertinence des conclusions de l'expert. En effet, le Dr F_____ se limite à dresser la liste de toutes les anomalies constatées, sans distinguer celles qui ressortent des clichés de décembre 1997 et celles qui apparaissent sur les clichés d'août 2004. Au demeurant, il se borne à conclure à l'absence de modification significative entre les deux IRM, sans contester l'exactitude de l'interprétation faite par le Dr E_____ de l'IRM du 25 août 2004, à savoir qu'elle ne révèle ni hernie discale, ni conflit radiculaire.

Au sujet du rapport de la Dresse G_____ du 14 mars 2006, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables à ceux pris en considération par le Dr E_____ bien qu'elle n'ait pas eu à disposition l'IRM lombaire de 2004 pour sa prise de position ce qui explique qu'elle ait diagnostiqué à tort un conflit radiculaire. En revanche, les conclusions de ces deux médecins sont divergentes quant aux répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Pour sa part, la Dresse G_____ estime que l'activité à 50% aux archives administratives de la direction des ressources humaines des "établissements hospitalier" est momentanément adaptée à l'état de santé et que le patient peut difficilement travailler à plein temps en raison de la possibilité d'une évolution ultérieure vers une atteinte pluri-radiculaire. Cette justification de la capacité de travail résiduelle à 50% n'est pas susceptible de jeter le doute sur le bien-fondé des conclusions de l'expert.

En effet, la Dresse G_____ ne soutient pas que le type de travail effectué par le recourant ne serait pas adapté à ses troubles et qu'il serait susceptible de provoquer une aggravation de son état de santé, s'il était exercé à plein temps. Sa seule justification pour légitimer une capacité de travail résiduelle réduite est que le recourant doit être actuellement ménagé dans l'hypothèse d'une possible aggravation future éventuelle de son état de santé. Or, il s'agit d'un élément hypothétique futur qui ne peut pas être pris en considération pour évaluer la capacité de travail résiduelle actuelle du recourant puisque le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

Dans son rapport du 6 mai 2005, le Dr B_____ considère qu'une activité à 100%, même réduite, ne peut pas être exigée du patient. Toutefois, il ne donne aucune explication justifiant son appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant. A cet égard, il se borne à se référer à son dossier, aux informations données par le médecin-traitant et par le patient lui-même, sans davantage motiver son opinion. En outre, il estime que cette capacité de travail reste très théorique compte tenu également du fait que l'assuré ne travaille plus depuis sept ans. Pour sa part, dans son rapport du 1er juillet 2005, la Dresse A_____ exprime l'avis qu'une remise en activité à 100%, même réduite, ne peut pas être exigée du patient qu'elle motive en se référant uniquement à l'inactivité professionnelles pendant sept ans. Or, la longue période d'inactivité de l'assuré n'est pas un critère déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité pour juger de l'exigibilité ou non d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 9 août 2004, I 794/03, consid. 4.1). Etant donné que le Dr B_____ retient les mêmes limitations fonctionnelles que l'expert, force est de constater qu'il s'agit d'une appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle du recourant. Son appréciation se base essentiellement sur les plaintes du patient que l'expert a toutefois considéré comme dolent et démonstratif ainsi que sur l'avis du médecin-traitant qui repose sur des critères qui ne sont pas déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité, soit sur des éléments qui ne pas suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expert.

Quant au rapport d'expertise du Prof. C_____ du 25 février 2000 et son complément du 21 mars 2000, ceux-ci arrivent aux mêmes conclusions que le Dr E_____, en ce qui concerne les diagnostics. Seule l'appréciation de la capacité de travail est différente.

Toutefois, dans la mesure où le Prof. C_____ estime, à l'instar du Dr E_____, que le recourant souffre de lombalgies et cruralgies sans substrat organique, un caractère invalidant ne peut être reconnu à ces atteintes, sur le plan juridique, selon la jurisprudence en la matière. En effet, même en admettant qu'il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (sympto-

matologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (E_____-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER).

Or, en l'occurrence l'existence d'une comorbidité psychiatrique a été clairement exclue par les experts. Les autres critères ne sont pas non plus remplis. Tout au contraire, une exagération des symptômes a été constatée.

En définitive, aucun élément n'est susceptible de jeter le doute sur les conclusions de l'expert de sorte que l'intimé a considéré à juste titre, dans sa décision sur opposition du 25 août 2005, que le recourant a une capacité résiduelle de gain de 100% dans une activité adaptée.

11. Le recourant pouvant travailler en principe à 100 % pour son employeur, presque sans diminution de salaire, il ne subit qu'une perte de gain minime. Il ne présente dès lors pas d'invalidité, de sorte que l'intimé lui a refusé à raison tout droit à une rente.

12. Reste à examiner à partir de quand le droit à toute rente doit être supprimé. L'intimé ne l'a fait que depuis le 1er mai 2005, soit le premier jour du deuxième mois suivant a notification de sa décision. Cependant, il convient d'admettre, sur la base des expertises, que le recourant ne remplit plus les conditions du droit à la rente depuis le 1er décembre 2001 au plus tard.

Le Tribunal de céans pourrait, en principe, procéder à une reformatio in pejus de la décision attaquée, après avoir averti le recourant et lui avoir donné la possibilité de s'exprimer ou de retirer son recours (art. 61 let. d LPGA). Il ne s'agit toutefois que d'une faculté dont il n'y a pas lieu de faire usage en l'espèce (ATF 119 V 241 consid. 5). Les termes "annule les décisions de l'OCAI des 8 novembre et 3 décembre 2001 sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties" du dispositif de l'arrêt du Tribunal de céans du 25 septembre 2003 sont en effet ambigus et de surcroît, en partie du moins, en contradiction avec les considérants. Dans ces conditions, l'intimé, ainsi que le recourant pouvaient comprendre de bonne foi que rien ne devait être changé par rapport au droit aux prestations accordées par les décisions précitées, jusqu'à la fin de l'instruction complémentaire, en dépit du fait que ces décisions étaient annulées. Il y a lieu de considérer également que si le Tribunal de céans avait mené à l'époque lui-même l'instruction complémentaire, le recourant aurait eu la possibilité de retirer son recours, à la fin de cette instruction et au vu de son résultat. Dans cette hypothèse, il aurait donc pu bénéficier d'une demi-rente pendant toute la procédure jusqu'à l'éventuelle nouvelle décision de révision de rente.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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 Tribu-

nal 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

Sylvie CHAMOUX Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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