REPUBLIQUE ET  **CANTON DE GENEVE**

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4465/2006 **ATAS/977/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 7 septembre 2007

En la cause

Monsieur Y_____, domicilié , GENEVE, représenté par Compagnie d'assurance de protection juridique S.A. (CAP)	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur Y_____ (ci-après : l'assuré), né le 1951, de nationalité turque, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1976. Au bénéfice d'un permis d'établissement, il a travaillé dans l'hôtellerie, en tant que chef de rang. A compter du 1er septembre 1999, il a exercé cette activité à plein temps auprès de la Maison de retraite du Petit-Saconnex (pièce 1 intimé).

2. A partir du 30 janvier 2001, l'assuré a été dans l'incapacité totale et définitive de travailler.

3. Dans un rapport établi le 2 février 2001, le Dr A_____, radiologue, a fait état d'une scoliose lombaire à convexité gauche, d'un aspect verticalisé des facettes articulaires postérieures faisant suspecter un canal lombaire étroit et d'une ostéophytose antérieure en L2-L3 (pièce 3 intimé).

4. Selon les rapports datés des 15 février et 16 juillet 2001 établis par le Dr B_____, l'assuré présentait une hernie discale L4-L5 para-médiane droite, légèrement luxée vers le bas, une discopathie L2-L3, une tendinite calcifiante du long chef du biceps droit, une petite calcification visible au niveau de l'insertion du sus-épineux et un discret épanchement visible dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne (pièce 3 intimé).

5. Le 18 janvier 2002, le Dr C_____, neurologue, a indiqué que l'assuré souffrait depuis une année environ de douleurs lombosciatiques droites. Un scanner lombaire montrait une hernie discale L4-L5 partiellement luxée vers le bas à droite. En revanche, il n'y avait aucun signe lésionnel de type radiculaire L4 à S1 au membre inférieur droit (pièce 13 intimé).

6. Le 25 janvier 2002, le Dr D_____ spécialiste en orthopédie et chirurgie, mandaté par l'assureur perte de gain maladie pour l'affection de l'épaule uniquement, a diagnostiqué une tendinite calcifiante au niveau du long chef du biceps et de l'insertion du muscle sus-épineux de l'épaule droite. Les plaintes correspondaient au status objectif. L'épaule droite présentait une limitation de la mobilité. Le Dr D_____ préconisait un bilan complet en milieu hospitalier avec différents spécialistes pour pouvoir adopter rapidement un traitement efficace. La combinaison des affections de la colonne vertébrale, des deux membres inférieurs ainsi que de l'épaule droite ne lui semblait pas, alors, permettre une reprise du travail. L'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. Le Dr D_____ s'est dit frappé par l'anxiété du patient; il résultait des rapports en sa possession que le Dr E_____, psychiatre, n'avait pas retenu le diagnostic d'état dépressif mais trouvait l'état anxieux très important (pièce 13 intimé).

7. Dans un rapport daté du 8 mars 2002, le Dr F_____, neurochirurgien, a expliqué que l'assuré présentait des sciatalgies droites chroniques et résiduelles. La chirurgie n'était, selon lui, pas très souhaitable (pièce 13 intimé).

8. Le 27 mars 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI, pièce 1 intimé).

9. Le 12 avril 2002, le Dr G_____, rhumatologue, a confirmé que l'assuré présentait depuis 2001 un syndrome radiculaire L5 à droite sur une hernie discale L4-L5 ainsi qu'une tendinite calcifiante du long chef biceps à droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 31 janvier 2001. Il a expliqué n'avoir vu l'assuré qu'à deux reprises, et l'avoir ensuite adressé à un neurologue et à un neurochirurgien. Selon lui, il convenait de poursuivre le traitement conservateur et l'évolution devait être, à moyen terme, positive; on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, vu les problèmes lombaires et neurologiques (pièce 14 intimé).

10. Dans un rapport daté du 1er mai 2002, le Dr H_____, médecin traitant de l'assuré, spécialisé en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de lombosciatique L5 droite au décours, tendinite du sus-épineux de l'épaule droite et état anxieux. Il a expliqué que l'évolution de l'affection lombaire avait été très fluctuante; le patient avait été examiné par un neurochirurgien qui avait dans un premier temps accepté de l'opérer mais l'intervention chirurgicale n'avait pas eu lieu en raison d'une diffusion des douleurs. Les suites étaient marquées par une tendinite du sus-épineux. L'assuré avait également développé un état anxieux, qui avait justifié une consultation chez le Dr E_____, psychiatre, qui avait retenu un état anxieux important. Face à cette impasse thérapeutique, il ne suivait plus le patient depuis fin novembre 2001, et l'avait réadressé à son médecin traitant, le Dr I_____. À cette date-là, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce son activité habituelle ou une autre activité. Selon les constatations faites le 19 novembre 2001, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré ne pouvait conserver la même position pendant longtemps, se mettre à genoux, avoir le buste incliné, être accroupi, utiliser les deux bras, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, avoir des mouvements des membres ou du dos, effectuer un travail en hauteur, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente (pièce 16 intimé).

11. En septembre 2002, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant en une foraminotomie L4-L5 bilatérale, à la suite de laquelle il a ressenti une nette réduction des plaintes à gauche (il restait un sentiment d'inconfort au talon gauche) et une persistance de la douleur à la jambe droite (pièce 35 intimé).

12. Dans un rapport du 11 novembre 2002, le Dr I_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a confirmé que ce dernier souffrait d'un syndrome vertébral lombaire et radiculaire droit depuis janvier 2001, suivi depuis

un certain temps d'un syndrome radiculaire bilatéral. L'assuré avait subi une intervention chirurgicale. S'agissant de sa capacité de travail, le médecin a jugé qu'il était trop tôt pour se prononcer (pièce 5 recourant).

13. En mars 2003, l'assuré subi une seconde intervention chirurgicale (extension de la foraminotomie et discotomie L4-L5 droite). Selon un rapport du Dr F_____ du 31 mars 2003, les suites postopératoires ont été favorables avec la persistance d'une douleur modérée dans les orteils droits (pièce 35 intimé).

14. Par courrier du 7 mai 2003, le Dr F_____ a informé le Dr J_____, neurologue et médecin traitant de l'assuré, que ce dernier continuait à présenter un syndrome totalement chronicisé algique L5 droit. Il l'avait adressé au Dr K_____ pour savoir s'il y avait une possibilité d'améliorer ce syndrome (pièce 39 intimé).

15. En date du 3 juin 2003, le Dr F_____ a indiqué que malgré les deux interventions chirurgicales, le syndrome algique L5 droit persistait. Cela rendait difficile l'exercice du métier habituel et justifiait des mesures professionnelles pour éviter la mise à contribution du segment lombaire (pièce 35 intimé).

16. Dans un rapport daté du 10 juillet 2007 (recte : 2003), le Dr J_____ a indiqué à titre de diagnostics des lombosciatalgies droites depuis février 2001, un canal étroit et une protrusion discale avec constriction du fourreau dural L4-L5. L'état de santé était stationnaire. Le médecin a indiqué avoir objectivement constaté un syndrome vertébral moyen. Le traitement conservateur avait échoué et malgré deux interventions chirurgicales, les douleurs persistaient. Le pronostic était réservé (pièce 39 intimé).

17. En date du 6 juillet 2004, le Dr L_____ a indiqué que l'assuré avait subi, le 16 juin 2004, un bloc de racine L4-L5 droite, intervention qui n'avait malheureusement pas amené d'amélioration. L'hypothèse d'une inflammation locale, en partie responsable du problème, n'avait pas pu être confirmée. La situation semblait au-delà des thérapies loco-régionales qu'il pouvait proposer au patient. Il ne pensait pas qu'une thérapie de type stimulation médullaire soit indiquée car il ne s'agissait pas d'une douleur neuropathique pure (pièce 46 intimé).

18. En raison de la persistance de douleurs fulgurantes en L5 droite, une imagerie à résonance magnétique (I.R.M.) a été effectuée qui a montré un canal étroit L2, L3 et L4, des discopathies modérées L2-L3 et une discrète discopathie L4-L5. Du point de vue myélographique, il n'y avait pas de compression de la racine L5 ou S1 des deux côtés (cf. rapport du 15 novembre 2004 du Dr M_____, radiologue : pièce 9 recourant).

19. En date du 1er mars 2005, l'assuré a subi une I.R.M dorso-lombaire et cervicale. La Dresse N_____, radiologue, a conclu qu'au niveau dorso-lombaire, les

données illustraient un canal rachidien rétréci aggravé en regard de l'espace inter-somatique L2-L3 par une protrusion discale, cette protrusion entraînant également une diminution de la vacuité du trou de conjugaison L2-L3 droit. Au niveau cervical, les données illustraient un rétrécissement du canal rachidien cervical avec une assez nette protrusion discale postéro-latérale droite pouvant parfaitement s'intégrer dans un conflit disco- radiculaire C5-C6 droit (pièce 53 intimé).

20. À la demande du Dr J_____, l'assuré a consulté le Dr O_____, neurochirurgien. Ce dernier a expliqué dans un rapport daté du 9 mars 2005 que les interventions n'avaient jamais soulagé l'assuré qui décrivait la persistance d'une douleur irradiée en L5 à droite avec un point de départ dans le gros orteil. Depuis quelques semaines, l'assuré présentait également un saignement répétitif à la base de l'ongle à droite. Il décrivait également des douleurs lombaires basses avec apparition, depuis quelques semaines au moins, d'une cervico-brachialgie droite avec un maximum de douleurs au niveau de l'épaule et un syndrome cervical modéré.

    L'examen clinique mettait en évidence un syndrome cervical modéré avec restriction de la motricité du rachis cervical. En ce qui concernait le membre inférieur, le spécialiste notait un status normal, en l'absence de signe irritatif et déficitaire au niveau L5. Le nouveau bilan radiologique avait mis en évidence une hernie cervicale C5-C6 à droite corroborant bien avec la symptomatologie décrite par l'assuré. Au niveau lombaire, était apparue une hernie discale L3-L4 intra-foraminale droite (restant pour l'instant asymptomatique compte tenu de l'absence de troubles au niveau de la racine L3).

    Compte tenu de la symptomatologie cervicale, le médecin proposait une disectomie. Pour le problème lombaire, il n'avait aucune proposition chirurgicale. Par contre, compte tenu de la présence des lésions cutanées qui saignaient, il préconisait d'organiser une consultation dermatologique ou rhumatologique afin d'exclure des pathologies du gros orteil qui pourraient expliquer au moins en partie la symptomatologie (pièce 76 intimé).

21. Interrogé par l'OCAI, le dernier employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier aurait réalisé un revenu de 55'689 fr. en 2003, de 57'177 fr. en 2004 et de 57'632 fr. en 2005 (pièce 60 intimé).

22. Dans un rapport du 4 mai 2005, le Dr O_____ a indiqué que les cervico-brachialgies droites avaient nettement diminué au point de ne plus être qu'une gêne. Par conséquent, l'intervention chirurgicale prévue pour le lendemain était annulée. L'assuré restait préoccupé avant tout par sa sciatique droite, pour laquelle il n'y avait pas de proposition chirurgicale (pièce 71 intimé).

23. Le 20 juin 2005, l'assuré a eu un entretien avec le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI, au cours duquel il a expliqué que son état s'était aggravé

depuis six mois. L'OCAI a alors sollicité des médecins consultés par l'assuré des informations supplémentaires (pièce 67 intimé).

24. En date du 24 juin 2005, le Dr J_____ a confirmé que l'aggravation était devenue manifeste surtout depuis 2003/2004. L'état de santé était objectivement stationnaire et les limitations fonctionnelles étaient très importantes, dans la mesure où tous les mouvements de la colonne étaient très douloureux. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique compte tenu du fait de la dégradation secondaire de l'état psychique de l'assuré. Selon ce praticien, une prise en charge psychiatrique était nécessaire, mais le patient était réticent : il n'en voyait pas l'intérêt et la mobilisation étant en outre difficile. Tant que ce tableau de douleurs chroniques perdurerait, une reprise de travail ne serait pas possible. Selon le médecin, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, vu les limitations fonctionnelles qui étaient les siennes; il était uniquement en mesure d'utiliser les deux bras et de parcourir à pied environ 100 mètres (avec des blocages). Un examen médical complémentaire, au plan psychiatrique, semblait nécessaire (pièces 68, 69 et 70 intimé).

25. Dans un rapport du 28 juillet 2005, le Dr H_____ a indiqué que depuis son rapport de mai 2002, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé après les deux interventions chirurgicales au niveau du rachis lombaire (2002 et 2003) et les diagnostics avaient changé. L'assuré présentait des cervico-brachialgies C6 droites dans le cadre d'une hernie discale C5-C6 ainsi que des douleurs chroniques de l'épaule droite attribuables à une tendinite de la coiffe des rotateurs. Il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Sur la base des constatations faites lors de l'examen de l'assuré du 17 mai 2005, il subsistait chez ce dernier les capacités fonctionnelles suivantes : la position assise quelques heures par jour et pour autant qu'il se lève très souvent, la position debout, l'alternance des positions assis/debout, l'alternance assis/debout/marche et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente (pièces 73, 74 et 75 intimé).

26. Le 6 septembre 2005, le Dr P_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a constaté que les déclarations des différents médecins concordaient et faisaient toutes état de lombosciatalgies entraînant de nombreuses limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale. Des lésions dégénératives étaient incontestablement présentes au niveau du rachis cervical et lombaire.

    Par contre, les descriptions du status clinique lombaire étaient pauvres; tantôt il était décrit comme normal, tantôt on évoquait un syndrome lombaire et plus rarement radiculaire. Enfin, il n'y avait aucun signe d'atteinte à l'EMG (en 2002, avant la première intervention). Le médecin du SMR en a tiré la conclusion que le diagnostic de syndrome radiculaire lombaire n'était pas bien étayé. Il s'est par

ailleurs étonné de l'absence de toute réponse favorable au traitement; la disparition du syndrome cervico-brachial parlait plutôt contre un tableau de type syndrome douloureux chronique; les rapports à disposition ne contenaient aucune description d'éventuels signes de non-organicité et ne décrivaient pas les répercussions de ces douleurs lombaires sur la vie quotidienne de l'assuré. Le tableau important de lombosciatalgies, malgré la présence de lésions dégénératives rachidiennes étendues, n'était pas bien expliqué par les constatations cliniques.

Le Dr P_____ s'est dès lors posé la question de savoir s'il s'agissait d'une pathologie de type trouble douloureux chronique et a préconisé un examen interdisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique/neurologique. Cette expertise devait porter sur les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail comme chef de rang et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (pièce 79 intimé).

27. Par courrier du 25 novembre 2005, l'assuré a informé l'OCAI que son état de santé s'était aggravé. Plusieurs affections étaient apparues, telles qu'une fibrose et des douleurs à l'orteil, lequel saignait (pièce 87 intimé).

28. En date du 27 février 2006, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), mandatée par l'OCAI, a rendu son rapport

Le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : une lombo-sciatalgie droite sur status après deux interventions chirurgicales pour hernie discale L4-L5 droite, avec canal lombaire étroit et probable fibrose postopératoire ainsi qu'une cervico-brachialgie droite sur hernie discale C5-C6 droite. Sur le plan médical, cliniquement et anamnestiquement, l'assuré était surtout gêné par un syndrome radiculaire, au niveau lombaire et au niveau cervical. Les constatations neurologiques étaient cependant peu importantes.

Le syndrome vertébral était relativement peu prononcé. Lors de l'examen, la mobilité cervicale était pratiquement libre, alors que les limitations fonctionnelles étaient modérées au niveau lombaire. L'assuré paraissait authentique dans sa souffrance. Il y avait beaucoup de résignation dans son attitude, mais son comportement avait été adéquat lors de l'examen, sans signe de non-organicité.

Sur le plan thérapeutique, l'assuré avait pratiquement épuisé tous les moyens à disposition. Devant l'échec des interventions chirurgicales lombaires, on comprenait les réticences des chirurgiens à intervenir au niveau cervical. Seule la poursuite d'un traitement symptomatique paraissait indiquée.

Sur le plan professionnel, les activités habituelles de serveur n'étaient médicalement plus exigibles, la pathologie vertébrale n'étant pas compatible avec l'exercice d'un tel métier se faisant essentiellement en position debout. Dans une activité adaptée,

en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10 kilos et sans travaux lourds, une capacité de travail de 50 % était exigible, sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables (pièce 91 intimé).

Le Dr R_____, expert psychiatre, a confirmé l'absence de trouble somatoforme, et n'a retenu aucun diagnostic psychopathologique. La thymie globale, moyennement abaissée, gardait cependant une certaine modulation. Un certain pessimisme et une tendance à l'irritabilité étaient perceptibles, mais ils restaient gérés. Il n'y avait ni trouble anxieux spécifique, ni trouble psychotique, ni trouble de la personnalité (pièce 91 intimé).

Le Dr S_____, expert neurologue, n'a retrouvé à l'examen aucune atteinte significative et n'a retenu que l'existence de radiculopathies irritatives, non déficitaires. Cet expert a retenu que, sur le plan clinique, les éléments subjectifs prédominaient. La mobilité cervicale était intacte et il en était de même de la force musculaire et de la sensibilité des réflexes aux membres supérieurs. Le bilan neurographique permettait d'écarter une atteinte significative. À l'étage lombaire, la mobilité était limitée mais fluctuante, la force musculaire intacte ainsi que les réflexes. Il existait de discrets troubles sensitifs de topographie L5. L'examen neurographique était dans les limites normales. Il s'agissait pour l'essentiel d'une radiculopathie L5 droite au stade séquellaire, sans déficit moteur, avec une composante irritative peu intense, dont les douleurs perduraient en dépit des divers tentatives thérapeutiques, y compris invasives (pièce 91 intimé).

29. Sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, les Drs P_____ et T_____, du SMR, ont retenu, dans leur avis du 12 avril 2006, que les atteintes cervicales et lombaires étaient incompatibles avec l'activité habituelle et avec toute autre activité physique lourde s'exerçant en position à prédominance debout. Seule une activité semi-sédentaire légère, sans port de charges de plus de 10 kilos entrait encore en ligne de compte. Dans une telle activité, la capacité de travail ne dépassait pas 50%.

    S'agissant du début de cette capacité de travail, les médecins ont retenu qu'entre janvier 2001 et février 2006, date de l'expertise, l'état de l'assuré avait été fluctuant, en particulier à cause de la tendinite calcifiante de l'épaule qui avait évolué favorablement, à cause des lombosciatalgies qui avaient nécessité les interventions en 2002 et en 2003, puis à cause des cervicalgies survenues en 2005 qui étaient alors momentanément importantes au point de constituer une indication opératoire. Ces affections constituaient autant de périodes d'aggravation qui justifiaient des incapacités de travail dans toute activité, mais dont les durées n'étaient pas déterminées dans le dossier et impossibles à fixer rétrospectivement.

L'expertise faisait état d'une situation médicale améliorée, en particulier en ce qui concernait l'épaule, et stabilisée en ce qui concernait les cervicalgies et les lombalgies. Dès lors, il était possible de fixer, en raison de l'expertise rendue le 27 février 2006, en mars 2006, la date à partir de laquelle cette capacité de travail de 50 % et des mesures professionnelles étaient exigibles (pièce 95 intimé).

30. En date du 31 mai 2006, l'assuré a contesté les conclusions du SMR, alléguant que son état de santé s'était aggravé et non amélioré (pièce 100 intimé).

31. La division de réadaptation de l'OCAI a procédé à l'évaluation théorique du degré d'invalidité de l'assuré. Pour ce faire, elle a comparé le revenu qu'il aurait pu réaliser sans invalidité en 2005 (57'632 fr.) à celui qu'il aurait pu obtenir dans une activité adaptée (21'709 fr.), aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 62%. Il a été précisé qu'une aide au placement pouvait être envisagée si l'assuré en faisait la demande (pièce 101 intimé).

32. Le 4 juillet 2006, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit, dès le 1er janvier 2002, à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 %, puis, à compter du 1er juin 2006, à un trois-quarts de rente basé sur un taux d'invalidité de 62 %. L'OCAI a considéré que l'incapacité de travail avait dans un premier temps été totale dans toute activité mais que l'état de l'assuré s'était ensuite amélioré puisque l'expertise du 27 février 2006 avait conclu à une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée, sans port de charges, ni travaux lourds (pièce 103 intimé).

33. L'assuré n'a pas formulé d'objections à l'encontre de ce projet.

34. Le 25 octobre 2006, l'OCAI a rendu une décision formelle conforme au projet du 4 juillet 2006 c'est-à-dire lui accordant une rente entière du 1er janvier 2002 au 31 mai 2006 puis, à compter du 1er juin 2006, un trois-quart de rente (pièce 111 intimé).

35. Le 27 novembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en tant qu'elle ne lui octroie plus qu'un trois-quart de rente dès le 1er juin 2006. Il conclut préalablement à ce que des enquêtes soient ouvertes ou au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et, principalement, à ce qu'il soit constaté que son état de santé ne s'est pas amélioré et qu'il a droit à une rente entière au-delà du 31 mai 2006.

    Il fait valoir que l'expert a évalué sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50% sans expliquer les raisons pour lesquelles il s'est écarté des avis des divers spécialistes consultés antérieurement ni indiquer en quoi son état de santé se serait amélioré alors même que tous les médecins consultés ont indiqué que son état s'était au contraire aggravé.

A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un rapport du Dr H_____ du 16 octobre 2006 dont il ressort que l'assuré souffre de lombosciatalgies droites chroniques, de cervicobrachialgies droites chroniques et qu'il a subi deux interventions de laminectomie et foraminotomie L4-L5 droite en 2002 et 2003. Le Dr H_____ indique avoir revu une dernière fois l'assuré en juin 2006; il se plaignait encore de douleurs chroniques du bas du dos et du membre inférieur droit. Le Dr H_____ émet un mauvais pronostic, rappelant que les douleurs décrites sont présentes depuis 2001, qu'elles n'ont pas diminué mais se sont plutôt aggravées après les deux interventions chirurgicales, qu'il n'y a pas de solution chirurgicale à offrir au patient et que tous les traitements antalgiques ont été entrepris sans soulager efficacement le patient. Selon ce praticien, aucun élément d'amélioration n'est à relever dans l'histoire médicale du patient. Le médecin dit ne pas comprendre sur quelles bases on peut retenir une capacité de travail supérieure à celle qui était la sienne auparavant (pièce 21 recourant).

36. Dans son préavis du 29 janvier 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à la motivation de la décision attaquée. L'intimé produit l'avis du SMR, auquel il a soumis le rapport du Dr H_____ produit par le recourant.

Les Drs P_____ et T_____ expliquent que ni l'expert de la CRR ni le SMR (dans son rapport du 12 avril 2006) n'ont mentionné d'amélioration au niveau lombaire mais qu'en revanche, les cervicobrachialgies ont favorablement évolué au cours de l'année 2005 comme le démontre le résumé de l'observation du service de neurochirurgie du 4 mai 2005; l'expert a mentionné que la mobilité cervicale était pratiquement libre, alors que les limitations fonctionnelles étaient modérées au niveau lombaire; il a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50 % sur la base des investigations effectuées dans le cadre de cette expertise; cette appréciation diffère de celle des médecins traitants mais n'est pas pour autant l'expression d'une amélioration que l'expert n'a jamais postulée; l'expert a tenu compte des deux pathologies, lombaire et cervicale.

Le rapport SMR du 12 avril 2006 mentionnait d'ailleurs également que la situation lombaire était stabilisée et que c'était l'état de l'épaule, soit le syndrome cervico-brachial qui était amélioré, ce qui était étayé par les constatations cliniques (mobilité cervicale normale, absence de pathologie cervico-brachiale à l'ENMG).

S'agissant de la date retenue, les médecins du SMR expliquent que l'expert n'a pas indiqué à partir de quand la capacité de travail était de 50% et que, vu la stabilité de la situation médicale, la question de savoir si une telle capacité existait déjà avant l'expertise aurait pu se poser; néanmoins, vu la pauvreté des renseignements cliniques contenus dans les rapports antérieurs à l'expertise, une comparaison des constatations objectives était impossible, raison pour laquelle le SMR avait choisi la solution la plus favorable à l'assuré, et considéré que ce n'était qu'à partir du

moment où l'expertise avait été pratiquée que cette capacité de travail, incontestable car reposant sur des constatations objectives, devait être reconnue.

Selon l'intimé, le rapport d'expertise doit se voir conférer pleine valeur probante. Il résulte par ailleurs de l'avis du SMR du 6 septembre 2005 que l'atteinte lombaire a été retenue à titre principal.

Enfin, la comparaison des gains à partir de mars 2006 correspond à la date de l'aptitude à la réadaptation.

37. Le 1er mars 2007, le recourant a répliqué que la position de l'intimé était contradictoire dans la mesure où la décision querellée se réfère à une "amélioration de l'état de santé attestée depuis mars 2006", alors que dans sa réponse, l'intimé fait valoir qu'il n'a jamais été question d'une amélioration. D'ailleurs, l'avis médical du SMR daté du 16 janvier 2007 indique que les cervico-brachialgies ont favorablement évolué au cours de l'année 2005 et le rapport du SMR du 12 avril 2006 mentionne que l'état de l'épaule s'est amélioré. L'intimé a par conséquent considéré que l'état du recourant s'était amélioré.

Le recourant précise que sa fibrose occasionne des saignements et qu'il se trouve dans un état physique et psychique des plus inquiétants. Il conteste avoir conservé ou recouvré une quelconque capacité de travail.

38. Dans sa duplique du 20 mars 2007, l'intimé s'est référée aux avis du SMR des 12 avril 2006 et 16 janvier 2007. Il maintient que ni l'expert ni le SMR n'ont fait état d'une amélioration de l'état lombaire du recourant, que seule une stabilisation a été mentionnée mais qu'en revanche, les cervico-brachialgies ont favorablement évolué, à tel point que l'intervention chirurgicale programmée en 2005 a même été annulée.

39. Cette écriture a été transmise au recourant et la cause gardée à juger.

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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est

applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. 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).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI 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. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et en particulier sur la réduction qui a conduit à la diminution de sa rente à un trois-quart de rente à partir du 1er juin 2006.

5. 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 (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

   Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

   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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, 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 références citées). Il en résulte que 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).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre.

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

   Ainsi, 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

7. Le recourant conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 50% que l'intimé a retenu sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire rédigé par le Dr Q_____.

En l'espèce, dans son rapport du 27 février 2006, le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la CRR, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies droites sur status après deux interventions chirurgicales pour hernie discale L4-L5 droite, avec canal lombaire étroit et probable fibrose postopératoire, ainsi que de cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6 droite. En raison de ces troubles, le recourant présente des limitations fonctionnelles.

L'expert a précisé qu'au plan neurologique, aucune atteinte significative n'a été constatée et que seule l'existence de radiculopathies irritatives, non déficitaires, a été retenue. Par ailleurs, au plan psychique, le recourant ne souffre d'aucun trouble.

Cela étant, le Dr Q_____ a admis que, compte tenu des affections somatiques, l'activité habituelle de serveur n'est plus exigible de la part du patient. Il a en revanche considéré que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité permettant d'alterner les positions et n'impliquant ni port de charges de plus 10 kilos ni travaux lourds, une capacité de travail de 50% serait exigible, sans diminution de rendement.

Le rapport d'expertise se fonde sur les examens approfondis auxquels ont procédé le Dr R_____, sur le plan psychique, le Dr S_____, sur le plan neurologique, et le Dr Q_____, sur le plan physique. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et des dossiers assécurologique et radiologique du recourant. Il prend en considération les plaintes exprimées par ce dernier. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi, doit-on admettre que

l'expertise pluridisciplinaire de la CRR répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

8. Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions. Le recourant soutient qu'en lui reconnaissant une capacité de travail résiduelle de 50%, le Dr Q_____ s'est écarté, sans en expliquer les raisons, des conclusions des médecins consultés préalablement. Le rapport d'expertise serait par conséquent incomplet.

   Il ressort de la lecture des pièces versées au dossier que l'état de santé du recourant a sensiblement fluctué depuis le début de son incapacité de travail. En effet, aux lombosciatalgies présentes depuis janvier 2001 sont venues s'ajouter une tendinite de l'épaule droite en juillet 2001 entrainant une limitation de la mobilité (cf. rapport du Dr B_____ du 16 juillet 2001 [pièce 3 intimé] et rapport du Dr D_____ du 25 janvier 2002 [pièce 13 intimé]) et d'importantes cervico-brachialgies en mars 2003 (cf. rapport du Dr O_____ du 9 mars 2005). En outre, le recourant a subi deux interventions chirurgicales au niveau lombaire en 2002 et 2003. Les divers médecins consultés par le recourant ont attesté que l'incapacité de travail, qui était totale depuis janvier 2001, perdurait (Dr D_____ [rapport du 25 janvier 2002, pièce 13 intimé], Dr G_____ [rapport du 12 avril 2002, pièce 14 intimé], Dr H_____ [rapports des 1er mai 2002 et 28 juillet 2005, pièces 16 et 73, 74 et 75 intimé] et Dr J_____ [rapport du 24 juin 2005, pièces 68, 69 et 70 intimé]).

   Lorsque le recourant a été examiné par les experts en février 2006, la tendinite de l'épaule droite était guérie et le syndrome vertébral était alors relativement peu prononcé. A l'examen clinique, le Dr Q_____ a constaté que la mobilité cervicale était pratiquement libre et que les limitations fonctionnelles au niveau lombaire étaient modérées. Le Dr S_____ a effectué des examens neurologiques qui se sont révélés être dans les limites de la norme. S'agissant du rachis lombaire, il a précisé que la mobilité était limitée, fluctuante, et meilleure lors de l'activité spontanée, notamment à l'habillage. Sur la base des constatations objectives et des investigations effectuées dans le cadre de cette expertise, le Dr Q_____ a abouti à la conclusion que le recourant bénéficiait alors d'une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

   Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il y a lieu de constater que l'appréciation de la répercussion des troubles sur la capacité de travail à laquelle a procédé le Dr Q_____ ne s'oppose nullement aux avis antérieurs des médecins consultés par le recourant. En effet, l'expert n'a fait que se prononcer sur la capacité résiduelle de travail qu'il a constatée au moment de son expertise, sans revenir sur le passé.

   Le Tribunal de céans est d'avis qu'il est possible que le recourant ait présenté une capacité résiduelle de travail antérieurement au rapport d'expertise. Cela est d'autant

plus plausible que, depuis le 4 mai 2005 en tout cas, les cervicobrachialgies ont nettement diminué (rapport du Dr O_____ pièce 71 intimée]). Toutefois, dans la mesure où il incombe de se fonder sur des faits médicalement documentés plutôt que sur de pures suppositions, c'est la date de l'examen clinique - plutôt que la date à laquelle le rapport d'expertise a été rédigé - qui est déterminante pour retenir le début de la capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée, exigible de la part du recourant.

En date du 16 octobre 2006, le Dr H_____ a certes expliqué que l'état de santé du recourant ne s'était pas amélioré et que, partant, il ne comprenait pas comment une capacité résiduelle de 50% pouvait être retenue dès février 2006 (pièce 21 recourant). Il ressort cependant de ce rapport, que lorsque le recourant a vu ce praticien en juin 2006, ses plaintes se limitaient alors aux lombosciatalgies. On peine dès lors à comprendre pour quelle raison le Dr H_____ maintient néanmoins que la situation médicale et la capacité de travail du recourant sont restées inchangées depuis janvier 2001. En conséquence, force est de constater que le Dr H_____ ne donne aucune explication probante quant à sa divergence d'appréciation avec le Dr Q_____, de sorte qu'il faut admettre que ses considérations sont empreintes de son point de vue de médecin traitant et ne tiennent pas compte de la mesure de ce qui est, le plus objectivement possible, raisonnablement exigible de la part du recourant.

Enfin, aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées de l'expertise pluridisciplinaire précitée, voire simplement qui fassent apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fondé son appréciation sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, puisque cette dernière satisfait aux conditions posées par la jurisprudence et que l'appréciation médicale divergente du Dr H_____ du 16 octobre 2006, comme démontré ci-dessus, n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions prises par les experts. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Il s'ensuit que le recourant a bénéficié d'une amélioration importante de sa capacité résiduelle de travail, dès lors que celle-ci s'élève, depuis février 2006 à tout le moins, à 50% dans une activité adaptée, alors qu'elle était nulle depuis le 31 janvier 2001.

9. Il convient encore d'examiner l'incidence de ce changement sur le taux d'invalidité présenté par le recourant, étant précisé que le calcul doit se faire au regard de la

situation prévalant en 2006, soit l'année où l'amélioration de la capacité de travail du recourant a été constatée (art. 88a al. 1 RAI; ATF 129 V 222).

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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

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

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

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle de l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut,

sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

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

10. a) S'agissant du revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur les salaires (ESS), étant précisé que les dernières données disponibles concernent l'année 2004. Ainsi, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer le recourant dans une activité légère et adaptée de type industriel ou des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 4'588 fr. par mois en 2004, ou 55'056 fr. annuellement (ESS 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures; La vie économique, 3/2006, B9.2), ce montant doit être porté à 57'258 fr. (55'056 x 41.6 : 40), ce qui correspond à un revenu de 28'629 fr. pour un taux d'occupation de 50%.

Il conviendrait d'adapter ce montant à l'augmentation des salaires nominaux pour les hommes jusqu'en 2006. Cela étant, le Tribunal de céans préfère se dispenser de cette adaptation (les données faisant défaut) et préfère opérer la comparaison en se basant sur l'année 2004. Le revenu sans invalidité sera donc également arrêté à l'année 2004.

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 25% pris en compte par l'intimé. En effet, le recourant, de nationalité turque, âgé de 55 ans au moment de la décision querellée, était au bénéfice de nombreuses années de service dans sa profession (plus d'une vingtaine d'années) et ne peut désormais qu'exercer une activité légère à un taux d'occupation limité. Compte tenu de l'abattement de 25%, le revenu d'invalide sur la base statistique s'élève à 21'472 fr. (28'629 - 7'157).

b) S'agissant du revenu sans invalidité, selon les renseignements donnés par l'ancien employeur du recourant, ce dernier aurait perçu, en 2004, 57'177 fr. Ce montant n'est pas contesté, ni contestable.

c) En comparant le revenu statistique avec invalidité, avec le revenu sans invalidité, la perte de gain s'élève à 35'705 (57'177 - 21'472), ce qui représente un degré d'invalidité de 62.4 %, donnant droit, comme l'a indiqué l'intimé, à un trois-quart de rente.

11. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). En revanche, l'article 88bis al. 2 let. a RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16).

    Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

    En l'occurrence, le changement déterminant quant à la capacité de gain du recourant a été constaté en février 2006 et n'a pas subi d'interruption notable. Au vu des pièces du dossier, il n'apparaît en outre pas qu'une complication soit apparue par la suite. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a remplacé la rente entière, par un trois-quart de rente dès le 1er juin 2006.

    Enfin, il est précisé que si l'état de santé du recourant s'est modifié postérieurement au moment où l'intimé a rendu sa décision litigieuse, il est loisible au recourant de saisir l'intimé d'une demande de révision de ce chef, s'il estime que les conditions sont remplies.

12. Mal fondé, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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