REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/817/2007 **ATAS/1190/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 30 octobre 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , 1205 GENEVE, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître MONTAVON Gérard

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1953, d'origine italienne, vit en Suisse depuis 1982. Il a travaillé en dernier lieu comme poseur de marbre depuis le 10 janvier 1991 et cessé toute activité lucrative en mai 1998 en raison de son état de santé. Il a déposé le 1er juin 1999 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. Dans un rapport du 18 juin 1999, son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que son patient présentait un status après laminectomie L5-S1 pour hernie discale depuis 1998. Il a précisé qu'aucune activité professionnelle n'était plus exigible.

   Le 18 juillet 2000, le Dr A_____ a confirmé que son patient souffrait de douleurs lombaires séquellaires à la laminectomie L5-S1, et a répété que l'incapacité de travail était entière depuis 1998.

3. Il résulte d'une imagerie par résonnance magnétique (IRM) lombaire effectuée en urgence le 19 mai 2001 par les Drs B_____, spécialiste FMH en radiologie et M_____, spécialiste FMH en neuroradiologie, un remaniement post-opératoire au niveau du récessus latéral gauche du canal médullaire à la haute de L5-S1, enserrant la racine S1gauche, l'absence d'argument IRM en faveur d'une récidive herniaire à ce niveau, une prise de contraste modérée du disque inter-somatique L5-S1 évoquant du tissu de granulation et une discopathie modérée L4-L5.

4. Par décision du 25 juin 2001, l'OCAI a alloué à l'assuré à compter du 1er mai 1999 une rente entière d'invalidité, assortie de rentes pour conjoint et enfants.

5. Un questionnaire pour la révision de la rente a été remis à l'assuré le 30 mai 2003. Celui-ci a indiqué qu'il souffrait toujours de douleurs aiguës provenant du nerf sciatique, de la jambe gauche et de la fesse, ainsi que de lombalgies chroniques.

   Le Dr A_____ a, dans un rapport du 24 juillet 2003, attesté que l'état de santé était resté stationnaire et que la capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité professionnelle envisagée.

   L'assuré a été informé le 21 août 2003 que son droit à la rente était inchangé.

6. Dans le cadre d'une nouvelle révision du dossier mise en place dès août 2005, soit le 23 septembre 2005, le Dr A_____ a encore confirmé la persistance de douleurs chroniques et l'état stationnaire.

7. Un rapport d'examen rhumatologique a été établi le 18 mai 2006 par le Dr C_____ spécialiste FMH en médecine physique et rééducation du Service

médical régional AI (ci-après SMR). Le médecin a mis en évidence une lombosciatalgie de territoire S1 de type irritative, sans troubles neurologiques objectifs. Selon lui, la globalité de la symptomatologie alléguée par l'assuré ne peut être expliquée par les troubles ou les atteintes objectives constatées. De ce fait il retient chez cet assuré une majoration des symptômes avec exagération verbale des plaintes. Il dit par ailleurs avoir relevé des contradictions dans le discours de la vie de tous les jours : tantôt l'assuré déclare sortir pour aider son épouse faire les courses, tantôt il déclare passer toute sa journée au lit. Au surplus, le médecin a constaté la présence d'une hyperkératose modérée au niveau des deux paumes de la main avec des lésions superficielles signalant une activité manuelle, ce qui est en contradiction avec les allégations de l'assuré qui déclare ne rien faire toute la journée.

En conclusion, le médecin confirme que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité habituelle de carreleur-marbrier, au vu des atteintes à la santé dont il souffre, qu'en revanche dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 5 kg répétitive, pas de position statique assise au-delà d'une heure, debout au-delà de 30 minutes, diminution du périmètre de marche à 30 minutes, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas d'activité avec mouvements en torsion répétitifs du tronc, possibilité de varier les positions au minimum une fois à l'heure assis-debout, de préférence à sa guise), il présente théoriquement une pleine capacité de travail. En raison de la persistance d'une symptomatologie algique partielle compatible avec une fibrose post-opératoire, le médecin admet toutefois une diminution de rendement d'environ 20%, à compter du mois d'avril 2001, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale.

Dans une note du 30 août 2006, le Dr D_____ du SMR a pris note des conclusions du Dr E_____ et considéré que des mesures professionnelles, médicalement indiquées, risquaient fort d'être mises en échec, compte tenu de l'amplification des plaintes, des signes de non organicité et du fait que l'assuré se déclare incapable de reprendre une quelconque activité.

8. L'assuré a été entendu par un collaborateur de l'OCAI le 16 octobre 2006. Il répète qu'il estime n'être en mesure de travailler dans aucune activité et qu'il ne souhaite pas être mis au bénéfice d'un éventuel stage, et conteste l'avis des experts.

9. Le Service de réadaptation professionnelle a procédé à la comparaison des gains, entre un salaire annuel brut sans invalidité de 70'687 fr. et un salaire avec invalidité, compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 80% et d'une réduction supplémentaire de 15%, de 38'773 fr., ce qui conduit à un degré d'invalidité de 45,1%.

10. Le 5 décembre 2006, l'OCAI a adressé un projet de décision à l'assuré aux termes duquel la rente entière versée jusqu'ici était remplacée par un quart de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

11. L'assuré, représenté par Maître Gérard MONTAVON a, le 8 décembre 2006, demandé à consulter le dossier.

12. Par décision du 25 janvier 2007, l'OCAI a confirmé son projet du 5 décembre 2006.

13. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours le 27 février 2007 contre ladite décision.

    Il relève que le Dr E_____ a considéré que les deux opérations qu'il avait subies avaient été sur un plan strictement chirurgical des réussites. Or, il a continué à se plaindre de lombalgies concernant le territoire S1 gauche et des paresthésies sous forme de fourmillements ainsi qu'un manque de force dans le pied gauche (cf. rapport des Drs F_____ et G_____ des HUG du 14 janvier 1999), au point que le Dr G_____ a déclaré que les suites étaient extrêmement mitigées. Il s'est également plaint de lombosciatalgies gauches après la seconde opération, ce qui a été constaté par le Dr H_____ (cf. courrier du Dr H_____ adressé au Dr A_____ le 3 juillet 2001). Aussi la crédibilité du rapport du Dr E_____ doit-elle, selon l'assuré, être sérieusement mise en doute.

    S'agissant de la présence d'une hyperkératose palmaire des deux mains constatée par le Dr C_____ l'assuré rappelle qu'il a travaillé pendant plus de 30 années dans des métiers pénibles et manuels.

    L'assuré conteste enfin que les contradictions soi-disant mises en évidence par le Dr C_____ considérant par exemple que le fait d'être limité dans ses déplacements à pied dans un périmètre de 30 minutes ne pouvait l'empêcher d'accompagner sa femme au supermarché tout en la laissant transporter les achats.

    Il se fonde sur les trois certificats établis par les Dr H_____, A_____ et I_____ attestant de son incapacité totale de travailler et du fait que son état de santé n'a pas évolué depuis l'octroi de la première rente.

    L'assuré conteste également le calcul auquel a procédé l'OCAI pour fixer le degré d'invalidité. Il relève que l'OCAI ne sait en réalité pas dans quelle activité le replacer puisque dans la liste TA1 prise en considération, il n'y a aucun métier qui pourrait être exercé convenablement en tenant compte de son état de santé. Il ne comprend pas comment une diminution de rendement de 20% seulement a été prise en considération alors qu'il présente des limitations fonctionnelles fortement handicapantes. Il estime par ailleurs que la réduction supplémentaire de 15% n'est

pas suffisante compte tenu de sa situation. Enfin il s'interroge sur le point de savoir si une expertise psychiatrique serait pertinente.

Il conclut ainsi, principalement, à l'annulation de la décision du 27 janvier 2007 et, subsidiairement, à ce qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée.

14. Dans sa réponse du 26 avril 2007, l'OCAI considère que les conditions pour une reconsidération dès la décision initiale de rente rendue le 25 juin 2001 sont réalisées, dans la mesure où les rapports médicaux sur lesquels s'était fondé l'OCAI ne faisaient état d'aucune limitation fonctionnelle objective, que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée n'avait pas été déterminée et que ne figurait au dossier aucune comparaison des gains. Seules avaient été prises en considération les douleurs ressenties.

    S'agissant de l'évaluation du degré d'invalidité, l'OCAI a rappelé qu'il s'était fondé sur le tableau TA1 des tables des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive de niveau 4. Il a par ailleurs persisté à fixer la réduction supplémentaire à 15%, au maximum, l'assuré étant au bénéfice d'un permis C, vivant en Suisse depuis plusieurs années et étant bien intégré.

15. Par courrier du 24 mai 2007, l'OCAI a informé le Tribunal de céans que la décision litigieuse avait été envoyée sous pli simple.

16. Les courriers de l'OCAI ont été transmis à l'assuré et la cause gardée à jugée.

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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 25 janvier 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 1999, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, 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. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. Le litige porte sur le remplacement, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité accordée à l'assuré depuis le 1er mai 1999, et confirmée en août 2003, par un quart de rente.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne

considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

   Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur le rapport du Dr E_____ pour réduire la rente entière d'invalidité jusque-là versée à l'assuré à un quart de rente.

   L'assuré fait valoir que ce rapport n'a pas valeur probante, dans la mesure où le Dr E_____ fait état de conclusions hâtives et fondées sur des arguments non médicaux et où il énonce des contre-vérités, par exemple il déclare que les deux interventions chirurgicales subies par l'assuré ont été suivies de succès, alors qu'en réalité, les Drs G_____ et H_____ ont pu constater la persistance de lombosciatalgies.

   Le Tribunal de céans constate cependant que l'examen réalisé par le Dr E_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Le médecin a expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assuré et quelles limitations elles entraînaient. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Le fait qu'il se soit, ainsi que le relève l'assuré à juste titre du reste, également fondé sur des arguments non médicaux pour justifier ses conclusions ne suffit pas pour mettre celles-ci globalement en doute.

   Il a été admis par le TFA qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il n'y a pas nécessairement lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

   Force est quoi qu'il en soit de relever que les médecins traitants se bornent à indiquer que leur patient est incapable de travailler à 100% et à faire état des douleurs dont il se plaint. Tous toutefois posent le même diagnostic.

8. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a toutefois pas matière à révision - ni à reconsidération - lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Enfin, il convient de préciser que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

9. Selon l’art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l’assuré ou l’assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L’assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu’elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l’art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable.

   Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

   Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des

prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

10. Il convient tout d'abord de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale.

    En l'espèce, le médecin traitant a déclaré que l'état de santé était stationnaire et précisé que l'incapacité de travail était restée entière. Le Dr E_____ a en revanche considéré que dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles dont il donne le détail, l'assuré peut travailler à plein temps, avec une diminution de rendement d'environ 20%, ce à compter d'avril 2001. Il a plus particulièrement retenu chez cet assuré une majoration des symptômes avec exagération des plaintes et quelques contradictions dans ses déclarations.

    Force est de constater que les diagnostics posés sont restés les mêmes, les circonstances sont demeurées inchangées. Seule une appréciation différente a été faite par le Dr E_____. Il n'y a dès lors pas matière à révision puisque le motif de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas.

11. Il reste à établir si les décisions initiales de l'OCAI peuvent être revues par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celles-ci étaient à l'époque manifestement erronées ou pas.

    L'OCAI s'était fondé sur les rapports du médecin traitant, le Dr A_____, lequel estimait l'incapacité de travail de son patient comme étant entière, quelle que soit l'activité envisagée, au motif qu'il présentait un status après laminectomie L5-S1 pour hernie discale. Le médecin a confirmé à plusieurs reprises que son patient souffrait de douleurs aiguës. Ainsi que le relève l'OCAI, une rente entière d'invalidité ne lui avait ainsi été accordée que sur la base des douleurs dont il se plaignait. La possibilité pour lui d'exercer une activité adaptée à ses atteintes à la santé n'avait pas non plus été examinée. Les médecins n'avaient à cet égard pas été interrogés sur ses limitations fonctionnelles objectives et celles-ci n'avaient pas été déterminées. Au surplus, aucune comparaison des gains n'avait été établie. L'OCAI a dès lors, à l'époque, procédé au calcul du degré d'invalidité de manière non conforme au droit.

Aussi le Tribunal de céans constate-t-il que la décision initiale de l'OCAI, confirmée le 21 août 2003, était manifestement erronée et pouvait être revue par la voie de la reconsidération.

12. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré en procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité.

13. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu 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.

14. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA.

15. L'assuré conteste le taux d'abattement supplémentaire de 15% retenu par l'OCAI, estimant qu'il devrait être de 20%.

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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

La déduction de 25% n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01).

Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées.

Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b, 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9).

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 que 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).

En l'espèce, une augmentation, à 20% au maximum, du taux d'abattement pourrait être envisagée, compte tenu plus particulièrement du nombre important de limitations fonctionnelles retenues. Cependant, le taux d'invalidité obtenu n'atteindrait quoi qu'il en soit pas 50%, taux plancher justifiant l'octroi d'une demi-rente.

16. Aussi la décision de l'OCAI réduisant le droit de l'assuré à un quart de rente doit-elle être confirmée.

17. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement ; art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

En l'espèce, compte tenu du fait que l'assuré s'estime incapable de travailler, il y a lieu d'admettre, avec l'OCAI, que de telles mesures seraient vouées à l'échec.

18. S'agissant enfin du placement, il y a lieu de relever que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4ème révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

    Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004) a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 153 et la note n° 210).

    Le droit au service de placement présuppose que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (MEYER-BLASER, op. cit. p. 85; VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]).

    Il appartiendra à l'assuré de solliciter, le cas échéant, une telle mesure.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

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

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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