

GE_GERICHTE A/1093/2007 vom 5. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1093_2007

FR: GE_GERICHTE A/1093/2007 du 5 mars 2008

IT: GE_GERICHTE A/1093/2007 del 5 marzo 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.03.2008
A/1093/2007

A/1093/2007 ATAS/271/2008 du 05.03.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1093/2007 ATAS/271/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 5 mars 2008 En la cause Monsieur V_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlène PALLY recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur V_____, travaillait depuis le 1^{er} août 2000 en qualité d'employé de banque "système manager" auprès de X_____.

L'employeur a mis fin au contrat de travail au 31 juillet 2005, en raison d'une incapacité de travail à long terme. En raison de troubles dorso-lombaires, l'intéressé a subi en effet diverses incapacités de travail oscillant entre 0, 50 et 100 % à compter du 8 décembre 2003. Le 13 juillet 2005, l'assuré a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 15 juillet 2005, le Dr A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies, status après mise en place d'une prothèse discale et status après hernie discale. Concernant l'estimation de la capacité de travail, il a invité l'OCAI à prendre contact avec le chirurgien, le Dr B_____, qui a opéré le patient le 11 avril 2005. Dans l'annexe au rapport, le Dr A_____ déclarait que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible, sans diminution du rendement. Le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 29 juillet 2005. Il a posé les diagnostics de status post-cure d'hernie discale, discopathie, instabilité L4-L5 et L5-S depuis 1980. Il a attesté d'incapacités de travail de 50 % dès le 22 novembre 2004, de 100 % du 7 mars 2005 au 31 août 2005 et de 50 % dès le 1^{er} septembre 2005 à ce jour. L'activité exercée jusqu'à maintenant est encore possible à raison de 4 heures par jour, dès le 1^{er} septembre 2005. L'adaptation du poste de travail pouvait améliorer la capacité de travail. Au niveau des limitations fonctionnelles, le Dr B_____ a indiqué que le patient devait privilégier l'alternance des positions assise/debout qu'il pouvait garder 2 heures par jour, que la même position du corps était possible pendant 30 à 45 minutes, qu'il devait éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste ainsi que le travail en hauteur. L'OCAI a confié une expertise rhumatologique au Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 24 mai 2006, l'expert a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, hernie discale D7-D8, status après cure de hernie discale L5-S1 en 2000 et en 2002 pour récurrence, status après mise en place de prothèse discale L4-L5 et L5-S1 le 11 avril 2005, hypertension artérielle, hypercholestérolémie et obésité. Sur le plan clinique, l'expert relève que l'assuré présente essentiellement une limitation fonctionnelle de la mobilité tronculaire associée à des douleurs de cette localisation dans un contexte

opérateur multiple alliant de cure d'hernie discale en 2000, puis pour récurrence en 2002 et enfin mise en place d'une prothèse discale en 2005. Dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, sa capacité de travail est de 85 %, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement. Du point de vue professionnel, c'est dans son activité antérieure d'informaticien que l'assuré sera le plus à même de mettre en valeur sa capacité de travail maximal résiduelle, sans nécessité de reconversion pour une autre activité. L'expert précise que l'incapacité de travail de 100 % a débuté le 8 décembre 2003 et a fluctué depuis lors entre 50 %, 100 % et 0 %. Depuis le 1^{er} avril 2006, l'assuré est à nouveau en incapacité de travail à 50 %. A la demande du service médical régional SMR Suisse romande, le Dr C _____ a indiqué en date du 21 août 2006 qu'après relecture de l'expertise effectuée le 23 mai 2006, il n'a pas d'éléments objectifs lui permettant de se déterminer sur la capacité de travail exigible sur le plan ostéo-articulaire et biomécanique antérieure à son expertise. Le 5 décembre 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente, au terme duquel une demi-rente d'invalidité lui était accordée du 8 décembre 2004 au 30 juin 2005, une rente entière du 1^{er} juillet 2005 au 30 novembre 2005, aucune rente du 1^{er} décembre 2005 au 30 mars 2006 en raison d'une reprise d'activité lucrative à 100 %, puis du 1^{er} avril 2006 au 23 mai 2006, une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. A compter du 23 mai 2006 au moins, l'OCAI considère que sa capacité de travail est de 85 % dans toute activité. Par courrier du 13 décembre 2006 adressé à l'OCAI, le Dr A _____ relève que le patient est toujours en incapacité de travail à 50 % depuis le 23 mai 2006. Les tentatives de reprise de travail à 100 % se sont soldées par un échec, même dans la profession d'informaticien, en raison d'une recrudescence de ses douleurs. L'assuré a contesté le projet par courrier du 22 décembre 2006, se référant au rapport du Dr A _____ du 13 décembre 2006. Le 19 décembre 2006, le Dr B _____ a informé l'OCAI qu'il avait de la peine à adhérer à sa décision, rappelant que plusieurs tentatives de reprise de travail à 100 % se sont soldées par une aggravation des douleurs lombaires et une augmentation de la médication. Il n'a pas été possible d'envisager une capacité de travail supérieure à 50 % et il ne pense pas qu'une réinsertion professionnelle soit adéquate, dès lors que la profession d'informaticien est plutôt adaptée au problème que rencontre l'assuré. Il préconisait de réévaluer la capacité de travail par le biais d'une expertise indépendante. Par décision du 21 février 2007, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision conforme à son projet d'acceptation de rente, mettant fin à la demi-rente d'invalidité au 23 mai 2006, au motif qu'à compter de cette date, la capacité de travail exigible est de 85 % dans l'activité habituelle d'informaticien et d'employé de banque. Par acte du 15 mars 2007, l'assuré interjette recours auprès du Tribunal de céans. Il allègue que depuis la visite médicale réalisée à la demande de l'OCAI auprès du Dr C _____, son état de santé ne s'est pas amélioré, mais au contraire aggravé. Il indique qu'il lui arrive souvent d'être paralysé par la douleur et de devoir rester dans une position intermédiaire en attendant que la douleur diminue pour pouvoir poursuivre son mouvement. Cette douleur constante lui interdit de participer à toute vie sociale, de faire un sport, de la marche de plus d'une dizaine de minutes et il ne peut rester dans des positions statiques plus d'une dizaine de minutes. Il expose qu'il est toujours au chômage et que l'Office cantonal de l'emploi l'a convoqué auprès de son médecin conseil, le Dr D _____. Or, ce dernier a attesté en date du 7 novembre 2006 qu'il ne pouvait plus travailler à plus de 50 %, ce de façon définitive. Depuis cette date, il ne perçoit plus qu'une demi-indemnité de chômage. Il soutient qu'au moment de l'examen chez le Dr C _____

au mois de mai 2006, sa santé était meilleure qu'actuellement et que sa capacité de travail est diminuée. Il fait grief à l'OCAI d'avoir retenu une incapacité de travail de 15 % en février 2007, sans réexamen médical. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à 50 % au moins et se réfère aux courriers adressés à l'OCAI en décembre 2006 par les Drs B_____ et A_____. Dans sa réponse du 28 mars 2007, l'OCAI considère que l'expertise réalisée par le Dr C_____ a toute valeur probante et qu'il n'y a pas d'argumentation supplémentaire des médecins traitants susceptibles de remettre en cause les conclusions de son expertise. L'OCAI conclut en conséquence au rejet du recours. Par courrier du 8 juin 2007, Me Marlène PALLY s'est constituée pour la défense des intérêts du recourant. Dans ses conclusions complémentaire du 2 juillet 2007, le recourant indique qu'il doit pouvoir continuer à travailler comme indépendant puisqu'il ne peut pas rester assis ni debout longtemps et que sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50 % dans une activité professionnelle légère. Il se réfère aux rapports des Dr B_____ et A_____ selon lesquels il n'est pas en mesure de travailler à 85 % à compter du 23 mai 2006 comme le soutient le Dr C_____. Il a demandé un délai supplémentaire pour produire des documents médicaux. Les 8 et 10 août 2007, le recourant a communiqué au Tribunal copie des rapports médicaux établis par les Drs A_____ et B_____. Dans son rapport du 26 juillet 2007, le Dr A_____ relève que le recourant souffre de rachialgie depuis de très nombreuses années, puisqu'il avait déjà été consulter durant l'été 1977. Il rappelle de façon détaillée l'évolution clinique jusqu'en janvier 2003, date à laquelle les douleurs réapparaissent sur la face antérieure de la jambe gauche avec toujours des lombalgies persistantes. En janvier 2004, les douleurs s'aggravent encore, raison pour laquelle le patient a été adressé au Dr B_____. Il expose que les lombalgies chroniques ont nécessité trois interventions chirurgicales et que malgré ceci, la situation n'a pas évolué favorablement au niveau lombaire avec la persistance de lombalgies basses malgré tous les traitement entrepris. Depuis mai 2006, les douleurs ont très significativement augmenté nécessitant une escalade médicamenteuse sous la forme de la prise d'antalgiques majeurs (dérivés morphiniques). Durant l'année 2006, de nombreuses infiltrations au niveau des articulations facettaires sont entreprises par le Dr E_____, à la demande du Dr B_____, qui n'apportent pas d'amélioration significative. En outre, un état dépressif s'est installé compte tenu des douleurs permanentes. La situation décrite dans l'expertise médicale du Dr C_____ ne correspond pas à l'état actuel du patient. Le Dr B_____ expose pour sa part que depuis environ une année, la situation s'est malheureusement dégradée avec une augmentation des douleurs et une diminution de la mobilité. Des médicaments de plus en plus puissants sont utilisés (opiacés, Durogesic) permettant une meilleures gestion des douleurs, sans qu'elles disparaissent complètement. Le patient ne parvient pas à rester assis plusieurs heures consécutives et présente des effets secondaires importants liés à ce traitement, avec des baisses de l'éveil, des phases d'endormissement et des troubles de la concentration. Il partage l'avis du Dr C_____ sur le fait que la profession actuelle est tout à fait adaptée et il ne voit pas de reclassement professionnel envisageable. Par contre, il pense que compte tenu de l'évolution, une capacité à 80 % ne peut actuellement pas être exigée de ce patient et une activité à 50 % maximum semble raisonnable. Le Tribunal de céans a soumis ces rapports au Dr C_____ en le priant de se déterminer. Par courrier du 25 octobre 2007, l'expert relève que les médecins ne font pas de description clinique de l'état de santé de l'assuré et que la diminution de la mobilité décrite par le Dr B_____ n'en précise pas la localisation ni les amplitudes. Concernant l'état dépressif, il ne ressort pas de son domaine de spécialité. Il propose en conséquence qu'une expertise

pluridisciplinaire dans un COMAI soit organisée, afin d'évaluer la situation actuelle du recourant, ses atteintes à la santé et leurs retentissements sur sa capacité de travail. Par réplique du 15 novembre 2007, l'OCAI, après avoir soumis le rapport du Dr C_____ au SMR, se rallie à la proposition de l'expert d'organiser une expertise pluridisciplinaire. Dans ses conclusions du 16 novembre 2007, le recourant se déclare favorable à la mise en œuvre de l'expertise préconisée. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 20 novembre 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, et par conséquent le droit à la rente à compter du 23 mai 2006, date à laquelle l'intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité. L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 s. consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1). 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 de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 aLAI, respectivement 17 LPGA (ATF 125 V 417 s. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). En l'espèce, il y a lieu d'examiner sous l'angle de l'art. 17 LPGA si les conditions étaient réunies pour supprimer le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité dès le 23 mai 2006. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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). Conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI, si la capacité de gain assuré s'améliore, 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 a duré trois mois déjà,

sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre. Si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88 a al. 2 RAI). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). 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). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. 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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une atteinte à la santé sous forme de lombalgies chroniques, hernie discale, discopathie, status post-cure de hernie discale et mise en place d'une prothèse discale. Est litigieuse en revanche la question de l'importance de la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail du recourant. Le Tribunal de céans constate que depuis le 8 décembre 2003, le recourant a été dans l'incapacité de travailler, d'abord à 100 %, puis à des taux variables oscillant entre 50 % et 100 %. Une reprise de travail à plein temps le 1^{er} décembre 2005 s'est soldée par un échec en raison d'une recrudescence des douleurs et une nouvelle incapacité de travail à 50 % a été attestée depuis le 1^{er} avril 2006. L'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr C _____ du 23 mai 2006 pour conclure qu'à compter de cette date, le recourant présente une capacité de travail de 85 % dans une activité légère, en tenant compte d'une baisse de rendement de 15 %, étant précisé que l'activité d'informaticien qu'il exerce est la mieux adaptée à son état de santé. L'expert a indiqué au demeurant qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail exigible pour la période antérieure à son expertise. Cet avis n'est toutefois pas partagé par les Drs B _____ et A _____ qui estiment que le recourant n'est plus à même d'exercer son activité d'informaticien ou toute autre activité lucrative adaptée à plus de 50 %, compte tenu de ses nombreuses limitations. Ils indiquent en outre que depuis mai 2006, les douleurs ont très significativement augmenté, à tel point que la prise d'antalgiques majeurs sous forme de dérivés morphiniques a été nécessaire. Un état dépressif s'est par ailleurs installé. Ces praticiens ont porté à la connaissance de l'intimé en décembre 2006 déjà l'aggravation des douleurs lombaires et l'augmentation de la médication. Au vu des rapports des Drs B _____ et A _____, l'expert a proposé, dans son courrier du 25 octobre 2007 adressé au Tribunal de céans, qu'une expertise au COMAI soit organisée. Tant l'intimé que le recourant se déclarent d'accord avec cette proposition. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre

une expertise puridisciplinaire au COMAI et rende une nouvelle décision. Concernant le droit à la rente, le Tribunal de céans relève que l'intimé a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 8 décembre 2004, soit à l'échéance du délai d'un an (art. 29 al. 1 LAI). Suite à l'aggravation de l'état de santé ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 7 mars 2005, une rente entière lui a été ensuite allouée depuis le 1^{er} juillet 2005, en application de l'art. 88 a al. 2 RAI. En raison d'une reprise de travail à 100 % depuis le 1^{er} décembre 2005, l'intimé a supprimé la rente dès cette date. Or, en cas d'amélioration de l'état de santé et en présence d'une situation instable comme en l'espèce, il y a lieu de supprimer, le cas échéant, le droit aux prestations conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI, à savoir dès que l'amélioration constatée a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'intimé ne pouvait dès lors pas supprimer la rente entière d'invalidité avant le 1^{er} mars 2006. Enfin, le 23 mai 2006, l'intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité allouée depuis le 1^{er} avril 2006 en raison d'une nouvelle incapacité de travail à 50 %, en se fondant sur l'estimation de la capacité de travail résiduelle émise par le Dr C_____, apparemment sans ce dernier ne fût informé de l'aggravation des douleurs et de la prise d'antalgiques majeurs. Or, conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI, la suppression de la demi-rente ne peut prendre effet que si l'amélioration constatée a duré trois mois sans interruption notable. Dès lors que l'intimé avait été informé en décembre 2006, soit avant la décision litigieuse, de l'aggravation de l'état de santé du recourant survenue dès le mois de mai 2006 et en présence d'un état de santé instable, il lui appartenait d'instruire ce point afin de vérifier si la suppression de la rente se justifiait, ce qu'il n'a point fait. Au vu de ce qui précède, l'intimé n'était pas en droit de conclure à une amélioration ayant duré trois mois sans interruption notable et de supprimer sans autre la demi-rente d'invalidité revenant au recourant. Le recours sera en conséquence partiellement admis au sens des considérants. L'intimé versera au recourant le montant de 1'250 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. L'émolument, fixé en l'espèce à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit que la rente entière d'invalidité du recourant est supprimée dès le 1^{er} mars 2006. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'250 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le