

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1378/2008

ATAS/1232/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 12 novembre 2010

En la cause

Monsieur N_____, domicilié à Thônex, CH, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEMBREZ François

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président; Monique STOLLER FULLEMANN et
Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur N_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, a travaillé en qualité d'indépendant et a fondé entre 1984 et 1999 différentes sociétés. Le recourant a effectué son dernier emploi dans une société de gestion de levée de fonds qui est tombée en faillite en 1999. Depuis lors, le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle.
2. En 1988, le recourant est victime d'un accident de moto avec contusion du poignet droit. Selon le rapport d'expertise médicale des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), le traitement aurait toutefois permis une bonne évolution avec persistance uniquement de certaine raideur.
3. Victime d'une fracture du poignet droit en 1999, à la suite d'une chute à ski qui se complique d'une évolution algique, le recourant n'a plus été en mesure de reprendre une activité professionnelle.
4. Le recourant a subi une arthroscopie, le 13 juillet 1999, et une intervention chirurgicale sur sa main droite, en octobre 1999. Toutefois, nonobstant cela, les douleurs persistent rendant tout mouvement de la main très difficile.
5. Considérant la persistance de cette situation, le recourant a déposé, en date du 30 mars 2000, une demande de prestations de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
6. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr. Philippe A_____, chirurgien FMH, chirurgie de la main, a établi un rapport médical qui relève les symptômes suivants :
 - douleurs neurogènes main droite ;
 - arthrose IT + TM D opéré ;
 - maladie de Südeck;
 - douleurs intolérables du poignet du pouce D
 - suspicion de déchirure du ligament SL ;
 - évolution vers une chonicisation des douleurs qualifiées d'insupportables ;
 - fonction réduite en raison de la douleur ;
 - troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool.
7. Le Dr. A_____ attestait dès lors d'une incapacité de travail totale dès mars 1999.

8. Dans un rapport médical du 21 septembre 2001, le Dr. A_____ confirmait que l'état de santé du recourant était stationnaire et que des mesures médicales semblaient illusoirs.
9. Par certificat médical du 12 juillet 2002, le Dr. A_____ a, à nouveau, attesté d'une capacité de travail nulle du recourant.
10. Interpellé, en date du 3 octobre 2002, par l'OAI, le Dr. A_____ confirme l'état stationnaire du recourant. Ce médecin précise encore qu'une prise en charge psychiatrique pourrait se révéler utile dans la mesure où l'état moral de patient l'empêche de surmonter son handicap.
11. Le 28 novembre 2002, l'OAI a mandaté les HUG aux fins d'examiner l'état de santé du recourant et de déterminer l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail et sur ses possibilités d'intégration professionnelle.
12. Dans un rapport du 20 mars 2003, la Dresse B_____, cheffe de clinique, département de psychiatrie des HUG, pose les diagnostics suivants :
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
 - Episode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10).
 - Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10.1).
13. Au sujet de la capacité de travail du recourant, la Dresse B_____ relève dans ledit rapport : « actuellement Monsieur N_____ est incapable de travailler à 100% pour raisons psychiatriques (état dépressif et syndrome douloureux somatoforme persistant), mais cette incapacité de travail n'est pas forcément durable, car si Monsieur N_____ débute un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique, sa symptomatologie pourrait rapidement s'améliorer ».
14. Dans le cadre de cette expertise du 6 mars 2003, le Professeur C_____ et le Dr. D_____, département de médecine interne des HUG, relèvent notamment que « compte tenu, à l'examen clinique, des importantes limitations de mobilité et des douleurs chez ce patient droitier, le pronostic en ce qui concerne une reprise du travail reste réservé, d'autant plus que ce patient n'a pas travaillé depuis plus de trois ans et n'a pas de formation professionnelle. Un reclassement professionnel pourrait être envisagé dans des activités ne surchargeant pas le membre supérieur droit ».
15. Dans le rapport d'expertise médicale du 25 mars 2003, la Dresse E_____ et le Dr. F_____, département de médecine communautaire des HUG retiennent les diagnostics suivants :

- Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
- Douleurs chroniques du poignet droit post-traumatiques avec irradiation dans le membre supérieur droit.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Episodes dépressifs moyens sans syndrome somatique (F32.10)
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'alcool, nocif pour la santé (F10.1)
- Status post-fractures multiples du poignet droit (haut du carpe) en 1988 sur un accident de moto
- Eburnation de la styloïde radiale avec synovite, déchirure du ligament scapho-lunaire après traumatisme avec réception sur le poignet droit à ski en 1999
- Status post-dénervation dorsale du poignet, capsule dorsale scapho-lunaire et résection-suspension du trapèze en octobre 1999
- Douleurs chroniques du poignet du membre supérieur droit depuis fin 1999.
- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
- Hypercholestérolémie
- Céphalées occasionnelles

16. En ce qui concerne l'appréciation du cas et pronostic, la Dresse E_____ et le Dr. F_____ précisent : « Monsieur N_____ souffre de douleurs chroniques du poignet droit ainsi que du membre supérieur droit et de la région de l'omoplate droite avec, au niveau du poignet, une pseudarthrose claire et, au niveau scapulaire, une contracture paravertébrale également évidente. Malgré la présence d'une discrète hyperhidrose palmaire droite, il n'y a pas d'argument clair pour une algoneurodystrophie et nous sommes dans le cas où une chronicisation de la douleur a entraîné une immobilisation qui elle-même, peut provoquer des rétractions tissulaires et une augmentation subséquente des symptômes. Les symptômes sont donc partiellement expliqués par une atteinte somatique et par une atteinte psychiatrique, comme en témoignent les diagnostics de troubles somatoformes persistants, d'épisodes dépressifs moyens, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool.

Le pronostic est très réservé étant donné l'évolution de la symptomatologie sur une dizaine d'années. Comme discuté par nos collègues psychiatres, la prescription

d'antidépresseurs et un suivi psychiatrique pourraient néanmoins améliorer notablement la situation. »

17. Au sujet des influences sur la capacité de travail, les experts concluent que, sur le plan physique, les douleurs chroniques et les rétractions tissulaires au niveau du poignet droit rendent clairement l'utilisation du membre supérieur droit impossible dans une activité professionnelle. Du point de vue purement physique, seule l'utilisation du membre supérieur droit est limitée.

Au point de vue somatique, les experts précisent encore que les limitations suivantes devraient être prises en compte :

Horaire de travail : partiel

Pause : normale

Position de travail : indifférente

Port de charge : aucune charge avec le membre supérieur droit, charge maximale de 10 kg avec le membre supérieur gauche.

Travaux lourds : aucun

Marche : normale

Nuisances diverses : aucune limitation du point de vue somatique »

Au plan psychique et mental, les experts relèvent que l'impact de la douleur sur le sommeil, la thymie et la concentration ainsi que la présence d'un état dépressif moyen et d'une consommation d'alcool excessive, limitent actuellement de façon majeure les capacités de travail. La douleur doit également être citée en raison de son impact sur la concentration et en présence d'un trouble somatoforme persistant où l'intégralité de la douleur n'est pas expliquée par les recherches somatiques.

Les experts concluent enfin que « du point de vue somatique, nous pensons que Monsieur N_____ présente une incapacité de travail essentiellement liée à l'impotence au niveau du membre supérieur droit. Par contre, en raison de la présence d'un trouble somatoforme persistant, d'un état dépressif moyen et de l'absence de l'activité professionnelle depuis 4 ans, nous nous trouvons vraisemblablement dans une situation où il y aura incapacité de travail de longue durée, dans toutes activités. »

18. Par décision du 18 avril 2003, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière, avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2000, en précisant notamment que pour des raisons essentiellement psychiques, la capacité de travail du recourant était diminuée depuis octobre 1999 et ne lui permettait plus d'exercer une quelconque activité lucrative.

19. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente du recourant, engagée la 15 mai 2006, le Dr. G _____, médecine interne FMH, relève, à la demande de l'OAI, le 25 septembre 2006, notamment que l'état de santé est stationnaire et les plaintes inchangées avec peu d'espoir d'amélioration. Le Dr. G _____ précise encore que la capacité de travail est de 50% depuis 2001.
20. Toujours dans le cadre de cette procédure de révision, l'OAI a mandaté le Centre médical de psychothérapie cognitive (ci-après le CMPC), le Dr. H _____, psychiatre FMH, et Madame O _____. Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP.
21. Dans leur rapport d'expertise psychiatrique du 6 décembre 2007, les experts ont posé les diagnostics suivants :
- Diagnostic selon le DSM-IV-TR
- Axe I trouble somatoforme douloureux avec hystérisation des symptômes Dépendance à l'alcool
 - Axe II personnalité histrionique, traits passifs-dépendants
 - Axe III cf. spécialiste concerné
 - Axe IV difficultés professionnelles ; économiques ; autres
22. Dans ledit rapport du 6 décembre 2007, le Dr. H _____ et Madame O _____ indiquent « la discordance d'appréciation entre notre observation et celle des HUG du 20.3.2003 relève du fait que ce rapport est particulièrement succinct et mal documenté au niveau du statut mental en particulier. Il n'y a aucune analyse du fonctionnement de personnalité, qui est l'élément crucial dans cette situation. En tous les cas, son état psychique s'est clairement amélioré depuis lors. »
23. Dans la discussion, les experts relèvent encore que « du point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail est entière. On ne voit pas bien ce qui l'empêcherait de travailler comme promoteur immobilier, activité qu'il paraît avoir réalisé dans le passé. Le trouble de la personnalité ici ne vaut pas pour une atteinte à la santé mentale, car il n'y a aucun antécédent de psychotraumatisme particulier chez cet assuré qui paraît surtout passif, manipulateur. Le traitement manifestement fait appel à l'abstention thérapeutique, surtout chirurgicale face à toute nouvelle plainte, car comme cela a déjà été le cas, le risque de iatrogenèse ou de fixation du sujet sur son statut de malade paraît assez clair ».
24. Les experts concluent, en conséquence, à une capacité de travail à 100% d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée à ses compétences, sa motivation et ses limitations physiques objectivables.

25. Examinant le dossier, le Service médical régional AI (ci-après le SMR) relève, dans un avis médical du 23 janvier 2008, qu'il n'y a actuellement, du point de vue médical, aucune diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée, cela dès le 1^{er} janvier 2006 au plus tard.
26. Par décision du 6 mars 2008, l'OAI a notifié à Monsieur N_____ une décision de suppression de la rente d'invalidité, dès le 1^{er} mai 2008. A cette occasion, l'OAI relevait « Par les différents rapports médicaux en notre possession, et notamment par l'expertise du Dr. H_____ du 06.12.2007, il a été clairement défini que votre état de santé s'est amélioré et par conséquent, vous avez donc retrouvé une capacité de travail à 100% dans toute activité et cela dès le 01.01.2006. » L'OAI précisait encore que les éléments apportés dans le cadre de la procédure d'audition, suite au projet de décision, ne permettaient pas de modifier sa position.
27. Par acte du 21 avril 2008, Monsieur N_____ a recouru contre cette décision en concluant à la recevabilité du recours, à l'annulation de la décision de l'OAI du 6 mars 2008, au maintien de la rente entière AI pour la période postérieure au 1er mai 2008 et à la condamnation de l'OAI aux dépens.
28. Constatant, en particulier, qu'au vu des investigations menées sur le plan médical, une amélioration de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail a pu être démontrée depuis la situation constatée en mars 2003 par le rapport d'expertise des HUG lequel avait justifié l'octroi d'une rente d'invalidité et rappelant l'obligation de diminuer le dommage, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 6 mars 2008.
29. Entendu en audience de comparution personnelle, en date du 21 août 2008, le recourant précise notamment qu'il n'a plus d'activité dans le secteur immobilier depuis le début des années 1990 et que depuis 1999, il n'a plus d'activité professionnelle. Lors de cette même audience, répondant à une remarque de la représentante de l'OAI relative au fait que la rente entière octroyée en mai 2003 n'était motivée que par l'aspect psychiatrique, les douleurs physiques n'intervenant pas dans la décision et qu'il y avait des limitations fonctionnelles qui n'empêchaient pas une reprise du travail à 100%, le recourant relève encore :

« Je maintiens que les douleurs physiques m'empêchent d'avoir une activité professionnelle. Ces douleurs constituent même une gêne dans le cadre de mon entretien personnel quotidien. Je pense que mon incapacité de travail n'est due qu'à mes douleurs physiques et que l'aspect psychiatrique n'intervient pas du tout dans cette situation. A la question concernant une éventuelle activité professionnelle future, j'estime que, compte tenu en particulier de mon manque de concentration, je ne suis pas un élément rentable pour un employeur éventuel. Je maintiens que je suis en incapacité totale de travail. »

30. Dans le cadre de l'instruction du dossier et sur la base d'une expertise médicale du 25 mars 2003, le Tribunal de céans a sollicité, par courrier du 12 septembre 2008, les HUG pour réactualiser cette expertise, en particulier sur le plan somatique. Le Département de Médecine interne des HUG a été mandaté à cet effet.
31. Le rapport d'expertise établi, le 29 décembre 2008, par la Dresse I_____, médecin adjoint, la Dresse J_____, médecine interne, a été adressé par erreur au médecin-conseil de l'OAI qui l'a transmis au Tribunal le 26 mars 2009. Ces médecins posent les diagnostics suivants :
- Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, depuis quand sont-ils présents ?
 - Douleur chronique du poignet droit post-traumatique avec irradiation dans le membre supérieur droit, depuis 1999.
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Status post-réssection-suspension du trapèze, dénervation dorsale et capsulodèse dorsale limitée scapho-lunaire du poignet droit pour déchirure du ligament scapho-lunaire avec douleur du poignet droit persistante en octobre 1999.
 - Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
 - Neuropathie des membres inférieurs
 - Hypercholestérolémie non traitée
 - Migraines de longue date
32. Sans se prononcer de façon précise sur la capacité de travail du recourant, les Dresses I_____ et J_____ relève notamment « Il nous est actuellement impossible d'évaluer le pourcentage de la capacité résiduelle de travail du patient étant donné les problèmes somatiques persistants mentionnés plus haut. Il nous semble également opportun de faire évaluer cette capacité par un médecin du travail, capacité qui sera à réévaluer périodiquement en fonction de l'évolution des symptômes et en envisageant une réintroduction progressive dans le monde du travail en fonction des capacités du patient ».

En outre, répondant à une question relative à l'exigibilité d'autres activités de la part de l'assuré, les experts précisent « Malgré le fait qu'aucune atteinte organique n'ait pu être décelée par les examens conventionnels, il convient de ne pas exiger du patient des tâches trop lourdes. Un travail de bureau, comme exercé auparavant, nous semble adapté. »

En outre, les experts relèvent encore : « Au point de vue somatique, les limitations suivantes devraient prises en compte

Horaire de travail : normal

Pause : normal

Position de travail : indifférente

Port de charge : charge légère avec le membre supérieur droit, Charge maximale de 10 kg avec le membre supérieur gauche.

Travaux lourds : aucun

Marche : normale

Nuisances diverses : aucune limitation du point de vue somatique »

Les experts relèvent également « Selon notre confrère psychiatre, le patient ne semble plus présenter de troubles psychiatriques suffisamment sévères pouvant empêcher la reprise d'une activité professionnelle. »

33. Invité à se prononcer au sujet de cette expertise, le recourant conclut qu'il y a une aggravation de l'incapacité de travail sur la base des troubles constatés au plan physique. En ce qui concerne le plan psychique et mental, le recourant relève qu'il ne peut être retenu une amélioration de la situation étant donné la contestation de l'expertise du Dr. H_____. Il faut donc, précise encore le recourant, se référer à l'expertise des Desses I_____ et J_____ du 29 décembre 2008, qui conclut à des difficultés psychiatriques avec notamment état dépressif et consommation excessive d'alcool à l'époque.
34. Pour sa part, l'OAI estime que l'examen clinique qui a pu mettre en valeur l'absence de substrat organique de la douleur et de l'appréhension exprimées par le recourant, est certes détaillé mais l'expert n'apporte aucune réponse suffisamment précise s'agissant de la question des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée. L'OAI conclut au fait que cette expertise n'est pas convaincante.
35. Poursuivant l'instruction du dossier, le Tribunal de céans a, à nouveau, interrogé les Desses I_____ et J_____ afin d'avoir des précisions sur les limitations fonctionnelles du recourant, sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
36. Répondant à la sollicitation du Tribunal, la Dresse I_____ et la Dresse J_____ relèvent : « En effet, lorsque nous avons examiné Monsieur N_____ en octobre 2008, il nous a semblé que celui-ci n'était pas encore en mesure de reprendre une activité professionnelle étant donné les douleurs

persistantes dont il se plaignait et une suspicion de notre part de consommation abusive d'alcool. Pour ces deux raisons, nous avons proposé une physiothérapie plus intensive et un accompagnement visant à permettre au patient d'avoir une consommation d'alcool plus raisonnable, voire un sevrage complet. Nous comprenons cependant la nécessité pour vous d'avoir davantage de précisions quant à la capacité physique du patient. Pour se faire nous vous suggérons de lui proposer un bilan professionnel à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle à l'hôpital Beau-Séjour. Cela permet d'observer les patients mis en situations professionnelles et d'évaluer plus précisément leurs capacités.

37. Interpelé au sujet de la proposition de bilan professionnel, le recourant réfute, par courrier du 18 janvier 2010, toute consommation abusive d'alcool et relève que les douleurs persistantes qu'il ressent sont une réalité, qu'il fait régulièrement de la physiothérapie sans résultat sur ses douleurs. En outre, le recourant donne son accord pour un bilan professionnel à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle de l'hôpital Beau-Séjour.
38. Se prononçant sur la proposition de bilan professionnel, l'OAI relève, en date du 18 janvier 2010 : « nous sommes néanmoins d'avis que les examens pratiqués sont complets et permettent d'admettre que la seule pathologie ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant est le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué de manière unanime par les experts somaticiens et psychiatres. A notre sens, l'instruction médicale du cas d'espèce est ainsi suffisante pour se prononcer sur le fond du litige. Le bilan professionnel que les experts suggèrent d'effectuer à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle de l'Hôpital de Beau-Séjour n'est par ailleurs pas une mesure permettant de déterminer des limitations fonctionnelles objectives, dès lors qu'un [que] sur le plan médico-juridique, les constatations qui pourraient être faites à cette occasion ne résulteraient que d'une appréciation subjective, en l'absence de substrat organique à la douleur. »
39. Par ordonnance du 26 février 2010, le Tribunal de céans a ordonné de procéder à un bilan professionnel du recourant et a mandaté à cet effet l'atelier de réadaptation préprofessionnelle de l'hôpital de Beau-Séjour.
40. Le stage a duré du 11 mars au 19 mars 2010, à mi-temps soit 3 heures par jour. Le rapport du 13 avril 2010, établi par le Dr. K_____, médecin adjoint répondant, et Monsieur P_____, maître socio-professionnel, fait état d'une brève anamnèse, de la description des activités, des difficultés soulevées au cours des divers entretiens et des observations en ce qui concerne le comportement et les activités. Le Dr. K_____ et Monsieur P_____ concluent : Vu les conditions observées, cet assuré n'est pas en mesure de travailler dans le marché primaire (ou économique). Il pourrait travailler dans un atelier protégé où l'environnement serait plus adapté à ses besoins, pour autant que la structure puisse

accepter son état particulièrement fluctuant avec un important risque d'absentéisme. Nous observons une chronicisation des douleurs, doublée d'une certaine fragilité psychologique. S'il a eu par le passé quelques difficultés à gérer sa consommation d'alcool, cela n'est manifestement plus d'actualité. »

41. Se prononçant sur le rapport du bilan professionnel, le recourant constate notamment que les examinateurs sont arrivés, au terme de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle organisé pour lui, à la même conclusion que lui, c'est-à-dire à son incapacité totale de travailler dans le marché primaire. Le recourant relève encore que force est de constater qu'à défaut de modification notable de son taux d'invalidité, une révision de sa rente au sens de l'article 17 LPGA n'avait pas lieu d'être et persiste intégralement dans ses conclusions.
42. Suite à l'examen du rapport par le SMR, l'OAI relève en particulier que « le bilan professionnel effectué à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle de l'Hôpital Beau-Séjour n'a pas permis de déterminer des limitations fonctionnelles objectives, les constatations des experts se limitant à constater, dans le cadre des activités proposées, une variation dans la perte de rendement en fonction de la douleur et du type de travail, sans toutefois s'appuyer sur des éléments concrets liant l'intensité des souffrances manifestées par l'assuré à un substrat organique pertinent. La capacité du recourant dans les activités qui ne sollicitent pas le membre supérieur droit, adaptées à son état de santé et exigibles à 100% selon notre service médical et les médecins traitants, n'a du reste pas été évaluée. Les tâches proposées au recourant n'étaient pas compatibles avec la nature de ses plaintes... En définitive, il n'existe aucune raison de se distancer de l'appréciation médicale retenue dans l'avis du SMR du 23 janvier 2008, dont il ressort que l'état de santé du recourant s'est amélioré de telle sorte qu'à compter du 1^{er} janvier 2006 au plus tard, sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière. »
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (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.

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 mars 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

4. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OAI octroyant au recourant une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} octobre 2000, peut être réexaminée par la voie de la révision.

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, le 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 ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b ; 119 V 478 consid. 1b/aa). 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). Enfin, 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). En l'occurrence, la décision de l'OAI du 18 avril 2003 octroyant une rente entière, avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2000, était essentiellement basée sur des raisons psychiques. Considérant les conclusions de l'expertise du CMPC dont la valeur probante peut être reconnue et qui admet une capacité de travail de 100% d'un point de vue psychiatrique dans l'activité exercée auparavant, il convient de relever que le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable et que de ce fait la procédure de révision était pleinement justifiée.

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1^{er} LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

d) Selon l'art 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à

l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4 ; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 la 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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclaircir sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction

complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

6. En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier, depuis le début de la procédure de révision de mai 2006, un rapport du Dr. JUGE, un rapport d'expertise du CMPC, le Dr. H_____ et Madame O_____, un rapport d'expertise médicale signé de la Dresse I_____ et de la Dresse J_____ SANTA ainsi qu'un rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle établi par la Dresse K_____ et Monsieur P_____

Dans son rapport du 25 septembre 2006, le Dr. G_____ fait mention d'un état stationnaire et des plaintes inchangées mais estime que le recourant a une capacité de travail à 50% depuis 2001 en tant que responsable indépendant en relations publiques et finances.

Il sied de relever que les experts du CMPC ont posé les anamnèses, ont fait état des indications subjectives ainsi que des constatations objectives ont procédé à un examen clinique, ont posé des diagnostics, en particulier, le trouble somatoforme douloureux mais ne l'ont pas considéré comme invalidant, et ont conclu à une capacité de travail entière du recourant, sur le plan psychiatrique.

Toutefois, la teneur de l'expertise du CMPC, le Dr. H_____ et Madame O_____ avait été totalement contestée par le recourant, raison pour laquelle le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise confié aux HUG, Département de médecine interne. Il convient dès lors de déterminer si l'expertise médicale des HUG a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

Au sujet de l'expertise des HUG, réalisée par la Dresse I _____ et Dresse J _____, il convient de relever que les experts ont posé des anamnèses, pris acte des plaintes et données subjectives de l'assuré, procédé à un status clinique, mentionné les diagnostics et réalisé une appréciation du cas et pronostic. Ces experts ont répondu aux questions sans toutefois être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré en précisant cependant qu'un travail de bureau, comme exercé auparavant, semble adapté et que selon le médecin psychiatre, le recourant ne semble plus présenter de troubles psychiatriques suffisamment sévères pouvant empêcher la reprise d'une activité professionnelle.

Dans un rapport complémentaire du 25 novembre 2009, la Dresse I _____ et la Dresse J _____ relèvent une suspicion de consommation abusive d'alcool qui permettrait pas notamment au recourant de reprendre une activité professionnelle, fait contesté par l'assuré et contestation confirmée, dans son rapport, par l'atelier de réadaptation préprofessionnelle, en ces termes : « s'il a eu par le passé quelques difficultés à gérer sa consommation d'alcool, cela n'est manifestement plus d'actualité. »

En conséquence, malgré les investigations menées par le Tribunal, constatant l'impossibilité de la Dresse I _____ et la Dresse J _____ à se prononcer sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal retiendra que, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail est possible dans une activité adaptée (en tenant compte des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit) et que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant est entière. A ce sujet, il sied de relever encore que la Dresse I _____ et la Dresse J _____ SANTA concluaient notamment qu'un travail de bureau, comme exercé auparavant, semblait adapté.

Toutefois, il sied de relever également que, du point de vue somatique, les Dresses I _____ et J _____ ont constaté que les limitations à prendre en compte étaient, avec un horaire normal, une charge légère avec le membre supérieur droit et une charge maximale de 10 kg avec le membre supérieur gauche ainsi qu'aucun travail lourd. Il y a lieu de relever une évolution favorable depuis l'expertise médicale du 25 mars 2003, puisque du point de vue somatique, l'horaire de travail est normal et une charge légère avec le membre supérieur droit est possible. En revanche, l'atelier de réadaptation préprofessionnelle a orienté les tests essentiellement vers des activités manuelles alors que le recourant exerçait précédemment une activité de bureau (gestion de levée de fonds). Si le rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle fait état d'une fluctuation de rendement, quantifiée sur une activité adaptée, de l'ordre de 30 à 40% sur un mi-temps, le Tribunal retiendra cependant la conclusion des Dresses I _____ et J _____ selon laquelle un travail de bureau semble adaptée.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que sa rente peut donc faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le recourant n'a ainsi plus droit à une rente d'invalidité.

7. Compte tenu des limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur droit et de la diminution du rendement mentionnée dans le rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle, il convient d'examiner si l'assuré peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a)

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Considérant la pleine capacité de travail du recourant, ce dernier n'aura pas droit à une mesure de reclassement. En revanche, le Tribunal fédéral a relevé « si la jurisprudence a précisé qu'il était notamment nécessaire de présenter une perte de gain de 20% environ pour pouvoir bénéficier d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les arrêts cités) elle n'a jamais fait

mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi, » (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

Il convient de constater que le recourant n'a plus travaillé depuis 1999. Or, dans un travail de bureau, relevé par les experts, comme étant une activité adaptée, ce métier a beaucoup évolué tant sur le plan informatique que de la bureautique, et les connaissances du recourant dans ce domaine ne peuvent plus être à niveau. Par conséquent, il se justifie de mettre le recourant au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel afin qu'il puisse réinitialiser ses connaissances pour être à même d'exercer son activité.

Enfin, au sujet de la mesure d'aide au placement, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 27 janvier 2009 (9C_393/2008) « une mesure d'aide au placement ne vise pas comme tel à améliorer la capacité de gain de l'assuré, au contraire des autres mesures de réadaptation, mais simplement à lui apporter une aide à ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé ; il s'agit d'une mesure concrète réalisée sur le marché effectif du travail. L'issue de la mesure d'aide au placement est par conséquent indépendante de la question du droit à la rente (I 503/01 du 7 mars 2003 consid. 3.2.) » Considérant l'âge du recourant et son éloignement de la vie active, il convient également de le mettre au bénéfice d'une mesure d'aide au placement qui n'est pas une mesure de réadaptation onéreuse.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis dans le sens des considérants.
9. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, il lui sera accordé une indemnité de 500 fr. à titre de dépens (art 89H al. 3 LPA).
10. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge des parties à part égale.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Constate que le recourant n'a pas droit à un rente d'invalidité et confirme, sur ce point, la décision de l'OAI du 6 mars 2008.
4. Met le recourant au bénéfice de mesures de d'ordre professionnel et d'aide au placement au sens des considérants.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en place des mesures d'ordre professionnel et d'aide au placement.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge des parties à part égale.
8. 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 ; RS 173.110); 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

Le président

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

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