

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1962, a travaillé en tant que maçon jusqu'au 31 octobre 1996, date à laquelle il a cessé toute activité lucrative.
2. Le 10 septembre 1997, il a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) tendant à son reclassement dans une nouvelle profession. Il invoque des douleurs au dos, à la nuque et au coccyx.
3. Par décision du 23 février 2001, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 1997.

Le 26 février 2001, il lui a en revanche refusé l'octroi de mesures professionnelles, celles-ci étant incompatibles avec son état de santé.

4. Lors d'un contrôle de chantier du 8 juillet 2004, l'assuré a été découvert occupé à des travaux de démolition. Interrogé par les inspecteurs, il a déclaré qu'il ne travaillait pas sur le chantier, mais qu'il était simplement passé pour y récupérer des luminaires. Selon le rapport de chantier, l'assuré portait des vêtements de travail et s'était changé en tenue de ville avant de quitter le chantier.
5. Mandaté par l'OAI, le Professeur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a établi un rapport d'expertise le 27 septembre 2005.

Le médecin a conclu à une capacité de travail, en tant qu'ouvrier de chantier, de 60% au plan rhumatologique pur, à raison de cinq heures et demi par jour, avec une diminution de rendement de 20% au début, en raison du long absentéisme. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et la capacité de travail pourrait être améliorée par une perte pondérale, l'utilisation régulière d'analgésiques, l'abstention de boissons alcoolisées, le port d'un lombostat et l'adaptation du poste de travail avec des conseils ergonomiques. Une activité adaptée pourrait être exercée à raison de sept heures par jour avec une diminution de rendement de 15 à 20% au début.

6. L'OAI a par ailleurs diligenté une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport le 12 février 2007. Il a diagnostiqué une dysthymie depuis 2005, ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance depuis de nombreuses années, à l'exclusion de toute atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les douleurs ne constituant pas la préoccupation essentielle de l'assuré et n'étant pas accompagnées d'un sentiment de détresse. L'expert a admis une capacité de travail totale sur le plan psychiatrique, à raison de huit heures par jour, sans diminution de rendement. Il a considéré que l'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel malgré ses troubles psychiques.

7. Dans son avis du 5 juillet 2007, la Dresse D_____, médecin au Service médical régional AI (SMR), a rappelé que l'assuré avait obtenu une rente entière en 1997 sur la base d'une suspicion de maladie neurologique, qui avait été écartée par le Pr B_____, lequel avait conclu à une capacité de travail de 60 % dans l'ancienne activité et totale dans une activité adaptée. La survenance de l'amélioration de l'état de santé était difficile à dater, mais elle devait être prise en compte dès la date de l'expertise en tout cas. S'agissant de l'arthrose des hanches, la Dresse D_____ a invité l'OAI à demander des rapports aux médecins consultés par l'assuré pour cette atteinte.

La Dresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, ainsi que les Drs F_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et H_____, chirurgien FMH, ont dès lors été approchés et se sont déterminés.

La Dresse D_____ s'est fondée sur les rapports de ces médecins et a conclu dans une note du 8 octobre 2007 que l'activité de maçon n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée était exigible à 60 ou 100 % selon les médecins. Un stage d'évaluation pourrait être mis sur pied, ou à tout le moins, une aide au placement.

8. Le 18 janvier 2008, le Dr I_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a examiné l'assuré. Il a préconisé la mise en place d'une prothèse totale de la hanche à droite en raison du caractère extrêmement invalidant des douleurs de l'assuré.

Il a ainsi procédé à une arthroplastie droite (resurfaçage) le 13 mai 2008.

9. De nouveaux documents médicaux ont été transmis à l'OAI, plus particulièrement du Dr G_____ daté du 27 novembre 2008, de la Dresse J_____, médecin traitant de l'assuré, du 1^{er} décembre 2008, du Dr I_____ du 20 janvier 2009, et du Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 11 novembre 2008.

10. Dans son avis du 30 janvier 2009, la Dresse D_____ a noté que l'assuré avait subi une péjoration de son état de santé sous forme de coxarthrose et de problème au niveau des poignets, ces deux atteintes ayant cependant été opérées avec une bonne évolution. Les conclusions de l'expertise du Prof. B_____ ne pouvaient ainsi être suivies et une nouvelle expertise devait être diligentée.

11. Le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assuré le 3 avril 2009. Dans son rapport du 8 avril 2009, il a conclu à une capacité de travail nulle en tant que maçon depuis mai 2007, date à laquelle la coxarthrose avait été diagnostiquée, et a considéré qu'une activité adaptée, dans laquelle il n'y aurait ni efforts de marche prolongés, ni manutention ou mouvements répétitifs avec la main et le poignet droits, serait possible à 70% en tenant compte de la diminution de rendement. L'implantation d'une prothèse de la hanche gauche augmenterait d'environ 20% la capacité de travail dans une activité adaptée.

12. La Dresse D_____ s'est déterminée sur l'expertise du Dr L_____ dans une note du 15 juin 2009. Elle a relevé une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, tout en soulignant qu'il fallait admettre une capacité de travail nulle de janvier à août 2008 en raison de l'arthroplastie. Pour la période antérieure à mai 2007, la capacité de travail retenue dans son avis du 8 octobre 2007 restait valable. L'arthroplastie prévue à gauche limiterait la capacité de travail de l'assuré pour une période de trois mois au plus en cas d'évolution favorable. Il conviendrait donc de procéder à une révision passé ce délai.
13. Le 26 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré que son droit à la rente était maintenu, son degré d'invalidité n'ayant pas changé de manière déterminante.
14. L'assuré a subi une implantation de prothèse totale de la hanche gauche le 6 janvier 2010, pratiquée par le Dr M_____.
15. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 8 juin 2010, l'assuré a indiqué que son état s'était détérioré depuis janvier 2010 en raison d'une aggravation des douleurs à la jambe gauche.
16. Dans son rapport du 24 juin 2010, la Dresse J_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, celui-ci se plaignant d'importantes douleurs du rachis accompagnées de blocages lombaires, ainsi que de douleurs à la hanche gauche.
17. Dans son avis du 2 décembre 2010, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au SMR, a noté au sujet de l'aggravation avancée par la Dresse J_____ que l'arthroplastie s'était déroulée normalement selon les chirurgiens des HUG. Il semblait logique d'admettre qu'une intervention était destinée à améliorer l'état de santé d'un assuré, et qu'en l'absence de complications, elle devait aboutir à un mieux-être plutôt qu'à une dégradation de l'état de santé. Il en a conclu que l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail de 70% dans une activité adaptée 3 mois après l'arthroplastie, soit le 7 avril 2010.
18. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 22 décembre 2010, confirmé par décision du 10 février 2011, aux termes duquel la rente d'invalidité était réduite à une demi-rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité lucrative adaptée sans formation complémentaire. Cela correspondait à un revenu statistique de CHF 35'036.- selon les données de l'ESS (TA1, niveau 4, ligne Total), ou de CHF 29'781.- après abattement de 15%. Le revenu sans invalidité étant de CHF 59'820.-, il en résultait un degré d'invalidité de 50%.
19. L'assuré a recouru contre ladite décision le 11 mars 2011 et a versé au dossier de nouveaux documents médicaux.
20. Dans sa réponse du 2 mai 2011, l'OAI a conclu à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée,

compte tenu des certificats des Drs K_____, O____ et G_____, datés respectivement du 16 février, 3 février et 7 février 2011.

21. Dans un arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour celui-ci de procéder à une expertise médicale bidisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique et un volet neurologique. Elle a en effet considéré que si l'état de santé du recourant avait fait l'objet d'investigations poussées par l'OAI avant la première arthroplastie, force était de constater que seuls les rapports de ses médecins traitants figuraient au dossier depuis qu'il avait subi cette intervention à la hanche gauche en 2010. Or, ces rapports ne satisfaisaient pas aux exigences formelles dégagées par la jurisprudence. Ils ne suffisaient pas non plus à démontrer une incapacité totale de travail. Elle en avait ainsi conclu que, compte tenu des doutes qui persistaient quant à l'état actuel de l'assuré, elle n'était pas en mesure de statuer sur le maintien de son droit à la rente.
22. Dans une note du 13 décembre 2011, la Dresse D_____ a pris note de l'arrêt du 13 septembre 2011, et proposé de procéder à une expertise rhumato-psychiatrique.
23. Une expertise a été réalisée du 27 au 29 mars 2012 auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Un rapport a été établi par le Dr P____, médecin adjoint en réadaptation de l'appareil locomoteur, le Dr Q____, psychiatre, et le Dr R____, neurologue, le 30 mai 2012. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Une arthrose du poignet droit, sur status après fracture du scaphoïde avec pseudarthrose opérée, un status après ténosynovite des extenseurs et ablation d'une souris de l'articulation radio-carpienne, en 2008 et un status après synovectomie des extenseurs, ablation de vis et une capsulodèse dorsale limitée, le 13 février 2012 (M19.2; T92.3; Z 98.8),
- Un status après mise en place d'une prothèse totale de hanche droite, avec resurfaçage en mai 2008 sur coxarthrose (Z98.8 M16.9),
- Un status après prothèse totale de hanche gauche non cimentée, le 06 janvier 2010, pour coxarthrose (Z98.8; M1 6.9),

et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Une probable tendinopathie du moyen fessier gauche (M70.6),
- Des discopathies dégénératives L3-L4, L4-L5 peu évoluées et lipomatose épидurale basse sur l'IRM lombaire avec canal lombaire limite (M51.9),
- Des lombalgies non spécifiques (M54. 5),
- Une HTA (I10),
- Une obésité (E66. 9),

- Un status après fracture de la malléole externe de la cheville droite, en 2008, ostéosynthésée (Z98. 8),
- Un status après bursectomie olécranienne droite (Z98. 8).

Ils ont par ailleurs relevé que l'examen neurologique complet ne montrait pas de signes d'atteintes périphériques à topographie radiculaire dans le membre inférieur gauche. Ils ont noté que le territoire de l'hyposensibilité rapportée par l'assuré ne respectait aucun dermatome précis. Il existait une tétra-hyperréflexie isolée sans signe d'atteinte du motoneurone supérieur avec un bilan exhaustif pratiqué à l'Hôpital cantonal. Il n'y avait pas d'explications neurologiques aux plaintes du membre inférieur de l'assuré. Pour compléter cette appréciation, ils ont pratiqué un ENMG, qui n'a montré aucun signe d'atteinte radiculaire ni tronculaire.

Ils ont également noté qu'une évaluation psychiatrique avait été agendée au 29 mars 2012, et que l'assuré ne s'était pas présenté à cette consultation.

Les experts ont relevé que l'assuré avait des plaintes très importantes alors même que les données objectives, tant cliniques que d'imageries, étaient finalement assez minces, en particulier au niveau lombaire. Ils constatent que l'assuré, complètement déconditionné, est absent du marché du travail depuis plus de seize ans et qu'il a adopté une identité d'invalidé, maintenant bien constituée, qu'il va être difficile d'infléchir.

S'agissant plus particulièrement du poignet, ils soulignent que l'atteinte à ce niveau est indiscutable, et pose comme limitations fonctionnelles les mouvements répétitifs de flexion-extension, la prosupination du poignet, les ports de charges lourdes, les vibrations et l'utilisation d'outils lourds.

Une évaluation en atelier professionnel a par ailleurs été réalisée dans le cadre de la CRR, laquelle s'est déroulée sur trois journées, les 27, 28 et 29 mars 2012.

Il en résulte que :

« L'évaluation aux ateliers professionnels s'est faite pendant une dizaine d'heures dans des activités très légères compatibles avec l'atteinte récente du poignet D. Ont été réalisées des activités de dextérité fine. Même dans ces activités très fines et très légères, le rendement n'a été que de 50% avec une qualité de travail moyenne. L'assuré a été coopérant mais très passif. Il a réalisé les activités sans interrompre celles-ci. Il a pu être montré que l'assuré pouvait maintenir la position assise pendant 60 minutes avec quelques douleurs de l'hémibassin G, que la position statique debout était possible pendant 20 minutes et qu'il n'y avait pas de limitation franche de la montée et descente des escaliers ainsi que la marche en terrains plats. L'intégration du MS a été bonne malgré l'attelle ».

Il a été relevé que sur le plan comportemental, il s'agit d'un patient calme, non revendicateur, coopérant, mais qui s'avère tout au long de l'analyse et de l'observation professionnelle d'une humeur très linéaire, assez atone, peu réactive aux stimuli et le plus souvent très passive. L'intégration et la compréhension des

différentes consignes est faible, sans limitation linguistique. La capacité d'adaptation aux nouvelles situations s'avère extrêmement faible également. Les capacités de concentration et attentionnelles sont limitées, probablement en lien avec l'éloignement du monde du travail depuis de longues années.

Sur le plan du rendement et de la vitesse d'exécution, il est noté que l'ensemble des temps d'exécution sont significativement beaucoup plus longs que les normes habituellement attendues à la CRR. La qualité du travail rendu est tout juste satisfaisante. Les temps moyens d'exécution se situent entre 35 et 50% lors des différentes activités proposées.

Il est ainsi constaté que le niveau global actuel atteint lors des différentes activités simples proposées reste trop faible et incompatible avec les exigences du marché du travail.

Les experts ont conclu que l'activité habituelle de maçon n'était aujourd'hui plus exigible, que toutefois, dans une activité adaptée, l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail de 70% (diminution de rendement y comprise) depuis le 3 avril 2009 avec les restrictions des positions debout permanentes, les positions accroupies ou à genoux, les ports de charges lourdes, les activités répétitives mettant en jeu la main et le poignet droits avec flexion-extension et prosupination répétées, les activités de force avec le membre supérieur droit. Les freins à une réadaptation professionnelle sont essentiellement des facteurs non médicaux, soit l'absence de formation qualifiante, la maîtrise imparfaite de la langue, l'identité d'invalidité bien installée et une motivation incertaine. A la question de savoir si l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel, les experts ont répondu que celui-ci ne présentait pas de troubles psychiques, en dehors d'une irritabilité.

24. L'OAI a adressé à la Caisse de compensation de la SSE un prononcé le 23 juillet 2012, reconnaissant à l'assuré un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 2011.

Par courrier du 2 août 2012 cependant, il a informé celle-ci que ce prononcé était erroné.

25. Par courrier du 7 août 2012, le mandataire de l'assuré a pris note de ce que le prononcé du 23 juillet 2012 avait été annulé en raison des conclusions du rapport d'expertise de la CRR. Il a rappelé que la décision du 10 février 2011, réduisant de moitié sa rente d'invalidité, avait été annulée par la chambre de céans, de sorte qu'aussi longtemps qu'une éventuelle nouvelle décision ne lui serait pas notifiée, c'était celle du 23 février 2001, lui accordant une rente entière, qui s'appliquait.

26. Il conteste le rapport d'expertise rendu par la CRR et transmet à l'OAI à cet égard la détermination de ses médecins traitants, soit :

- un courrier du 3 juillet 2012 du Dr K_____, lequel confirme qu'il a été opéré le 13 février 2012 d'une arthrose du poignet, et précise que cette pathologie survient à distance d'une cure de pseudarthrose du scaphoïde il y a de

nombreuses années. Il indique que l'état de poignet n'est pas stabilisé et qu'il est encore douloureux, ce pour des raisons aisément objectivables. Le médecin considère qu'une reprise d'activité manuelle est illusoire, au motif que l'amplitude articulaire et la force de préhension au niveau du poignet droit est déficitaire, étant ajouté que les plaintes du patient sont parfaitement cohérentes avec l'examen clinique et la radiologie. Le Dr K_____ en conclut qu' « étant donné qu'un travail manuel ne pourra certainement pas être repris, il me paraît difficile de trouver une activité compatible avec ce handicap, surtout que *l'assuré* n'est pas au bénéfice d'une formation professionnelle autre que celle du bâtiment et qu'il parle laborieusement le français. Bien évidemment, une fonction de gardien de musée ou contrôleur de qualité sans manipulation, par exemple, pourrait parfaitement être envisageable au niveau strictement manuel, mais les postes sont malheureusement rares dans ce genre de discipline ».

- un courrier du 26 juin 2012 du Dr G_____, qui fait part de sa perplexité, considérant qu'« un patient qui n'a pas travaillé depuis seize ans et qui est handicapé par son arthrose lombaire, ne peut quasiment plus exercer de métier. l'expertise de la SUVA le laisse entendre, et les rapports de la Clinique romande de réadaptation des Drs S_____ et T_____ nous disent bien que le patient est arrivé à un stade d'auto-dévalorisation qui s'ajoute aux lésions purement somatiques. Par ailleurs, la page 20 de l'expertise de la SUVA classe les lombalgies et la discopathie vertébrale du patient dans les maladies n'exerçant pas d'influence sur la capacité de travail. Voilà qui me fait douter de leur capacité de jugement ».
- un courrier du 30 juillet 2012 du Dr O_____. Celui-ci confirme son appréciation du 3 février 2011, selon laquelle il considérait que la capacité résiduelle de travail était de 50% au vu des atteintes dont il souffre. Il considère que celles-ci, prises isolément, peuvent n'avoir qu'un impact assez limité, mais associées, lui paraissent entraîner une réduction significative de la capacité de travail dans un emploi même adapté. Il relève qu'il y a malheureusement une certaine discordance entre la sévérité des plaintes, notamment lombaires, et un bilan radiologique montrant des lésions qui peuvent effectivement se retrouver chez des hommes du même âge, sans plainte de lombalgie. Il explique que c'est cette discordance qui peut conduire à un désaccord quant à la capacité de travail déterminée par les médecins traitants, d'une part, et les experts, d'autre part. Selon lui, les seuls emplois envisageables, au vu de son niveau de scolarité, sont des travaux manuels qui ne sont malheureusement pas adaptés à ses problèmes physiques.

27. Dans une note du 7 septembre 2012, le médecin du SMR s'est prononcé, après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites, comme suit :

« à la lecture du courrier du 3 juillet 2012 du Dr K_____, l'intervention est antérieure à l'expertise de la CRR. Le Dr G_____, dans son courrier du 26 juin 2012, ne nous apporte aucun nouvel élément. Dans son courrier du 30 juillet 2012,

le Dr O_____ atteste une capacité de 50% dans une activité adaptée, mais pour lui, cela serait dû essentiellement aux facteurs psychosociaux. Il n'y a pas d'éléments médicaux permettant de s'écarter des conclusions des experts de la CRR ».

28. Le 14 février 2013, l'assuré a encore produit un nouveau certificat du Dr K_____ daté du 11 février 2013, selon lequel « même si l'évolution est favorable, le poignet restera raide et probablement en partie douloureux, empêchant ce patient de reprendre un travail même adapté à son handicap. On ne voit d'ailleurs pas quel travail pourrait être adapté à son handicap. En effet, tout travail en force et manuel est à proscrire, et comme le patient n'est pas au bénéfice d'une scolarité complètement achevée, et que ses connaissances du français sont limitées, on voit mal comment il pourrait travailler dans un autre domaine ».
29. A cet égard, le médecin du SMR a constaté que ce nouveau courrier du Dr K_____ ne faisait que confirmer ses observations du 3 juillet 2012, en ce sens que toute activité semble difficile précisément en raison du défaut de scolarité et de connaissance du français, lesquels sont des facteurs psychosociaux.
30. Un rapport de réadaptation professionnelle a été établi le 21 mai 2013, aux termes duquel il a été constaté que

« l'expertise médicale de la CRR du 30 mai 2012 retient une capacité de travail résiduelle de 70%, baisse de rendement incluse, dans une activité adaptée. Cette capacité de travail existe depuis le 3 avril 2009, à l'exception d'une période d'incapacité de trois mois après l'opération de la hanche gauche le 6 janvier 2010. Malgré nos explications détaillées et répétées à lui-même et à son conseil, l'assuré s'estime en incapacité de travail totale dans toute activité et refuse de tenter une reprise d'activité. Dans ces conditions, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et nous sommes contraints d'évaluer l'invalidité de manière théorique, selon la méthode de l'ESS. L'évaluation de l'invalidité aboutit à un taux de 52,1%, sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 76'132.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 36'438.-, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%. ».
31. Le 23 mai 2013, l'assuré a produit une attestation de la Dresse U_____, psychiatre, selon laquelle il « est en incapacité de travail à 100% en fonction de son état somatique et psychique, en particulier à cause de ses problèmes de concentration, mais aussi de son manque d'élan vital, ses handicaps physiques étant à la source de son état dépressif et l'alimente chaque fois que le patient est confronté à ces limitations ».
32. Interrogé par l'OAI, la Dresse U_____ a, dans un rapport du 24 juin 2013, retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur de sévérité moyenne récidivant depuis 2012. Elle explique que c'est dans le contexte de ses troubles somatiques qu'il a développé un état dépressif, et ajoute que « le fait que l'AI lui ait récemment refusé de continuer à lui verser une rente à plein temps, l'a de nouveau plongé dans la dépression, car au-delà des problèmes financiers que cela a engendrés, le patient est triste par lui-même de ne pas pouvoir travailler, ou du moins s'occuper

manuellement. Il aimerait au moins pouvoir faire de petits bricolages et n'en est pas capable ». Elle estime ainsi l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis 1999, relève que du point de vue mental, il souffre de troubles de la concentration et de la mémoire assez importants avec dyschronologie, d'une fatigue et d'un manque d'élan vital, et souligne qu'il n'a pas fait le deuil de son ancien métier. Elle précise qu'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

33. Dans un avis du 14 août 2013, le médecin du SMR relève que selon la Dresse U____, l'aggravation de l'état psychique de l'assuré est due à la décision de l'OAI de diminuer la rente, mais qu'elle ne donne pas d'éléments objectifs de gravité de l'atteinte psychique et encore moins d'aggravation éventuelle. Elle insiste sur l'importance des limitations physiques de l'assuré plus que sur les limitations psychiques, et qualifie le pronostic de mauvais au vu, principalement, d'éléments psychosociaux. Le médecin du SMR a ainsi considéré que ce rapport de la Dresse U____ ne permettait pas de s'écarter des conclusions des experts de la CRR.
34. Le 27 août 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel « la rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par une demi-rente dès le mois d'avril 2011, et nous arrivons aux mêmes conclusions que celles contenues dans notre décision du 10 février 2011 ».
35. L'assuré, représenté par son mandataire, a contesté ce projet le 26 septembre 2013. Il se réfère à sa lettre du 7 août 2012, ainsi qu'aux rapports des Drs K____, G____ et O____ qui y étaient joints, selon lesquels son état de santé ne s'est non seulement jamais amélioré, mais au contraire sensiblement aggravé, de sorte que toute activité même légère est impossible.

Le 24 octobre 2013, il a transmis copie d'une lettre du Dr V____ datée du 10 octobre 2013, une IRM du 19 juillet 2013, une lettre du Dr W____ du 25 juin 2013, le compte-rendu opératoire du 10 septembre 2013, et un certificat de la Dresse U____ du 16 octobre 2013.
36. Dans une note du 5 novembre 2013, le médecin du SMR a considéré qu'il ne disposait pas d'information médicale suffisante pour se positionner sur une éventuelle aggravation. En particulier, aucun élément psychiatrique ne montre la sévérité du trouble dépressif. Il n'y a pas d'information sur l'évolution de l'état de santé après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la malléole externe droite intervenue le 10 septembre 2013.
37. Par décision du 9 décembre 2013, annulant et remplaçant la précédente, l'OAI a confirmé le projet du 27 août 2013 et fixé le montant de la demi-rente d'invalidité due à l'assuré depuis avril 2011.
38. L'assuré, toujours par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 23 janvier 2014 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, et, au fond, à l'annulation de la décision du 9 décembre 2013 et au versement d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} avril 2011.

39. Par courrier du 5 février 2014, l'OAI, se référant à un avis du SMR daté du 4 février 2014, aux termes duquel l'expertise CRR du 30 mai 2012 ne peut être considérée comme convaincante, l'évaluation psychiatrique n'ayant pas eu lieu, a proposé l'admission partielle du recours et le renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire.
40. Par arrêt incident du 6 février 2014, la chambre de céans a rétabli l'effet suspensif.
41. L'assuré a complété son recours le 19 février 2014. Il reprend la teneur des divers documents médicaux versés à son dossier, considérant qu'ils démontrent que « sur le seul plan somatique, il est inimaginable d'envisager une réduction de la rente d'invalidité initialement allouée ».

En tout état de cause, l'état de santé s'était péjoré sur tous les plans.

Il considère qu'aucune nouvelle investigation sur le plan psychiatrique n'est nécessaire, puisque s'il présente un état dépressif, c'est en raison des douleurs dues aux atteintes somatiques dont il souffre depuis de nombreuses années.

Il conclut dès lors à ce que la chambre de céans annule la décision du 9 décembre 2013 et lui reconnaisse le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} avril 2011.

42. Par arrêt du 1^{er} mai 2014, le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'OAI et annulé le jugement incident du 6 février 2014 de la chambre de céans, au motif que « le simple fait que le SMR ait suggéré de procéder à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique ne permettait pas de tirer une conclusion définitive quant à l'issue du litige ».
43. Par courrier du 22 mai 2014, l'assuré a répété qu'il n'y avait aucune raison de faire procéder à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique, que du reste, dans son arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans n'avait ordonné qu'une expertise bidisciplinaire neurologique et rhumatologique, et que la cause était d'ores et déjà en état d'être jugée sur le fond. Il rappelle à cet égard que, s'agissant d'une procédure de révision introduite par l'OAI, il appartenait à celui-ci de prouver qu'une amélioration de son état de santé était survenue, afin de justifier de réduire de moitié une rente accordée depuis plus de quatorze ans. Il souligne enfin que son état de santé ne s'est non seulement pas amélioré, mais qu'il n'a cessé de s'aggraver sur tous les plans, en raison d'une arthrose dégénérative, toujours plus invalidante, en particulier aux niveaux lombaire et cervical, et au niveau de sa main droite qui a dû être réopérée le 13 février 2012.
44. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
6. Le litige porte sur le droit de l'OAI de réduire de moitié la rente d'invalidité entière jusque-là versée à l'assuré, à compter du 1^{er} avril 2011.
7. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une

modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

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).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

9. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

11. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré entre le 26 octobre 2009, date à laquelle l'OAI a confirmé, après avoir mené une instruction complète, le maintien du droit de l'assuré à la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 23 février 2001, et le 9 décembre 2013, date à laquelle il a rendu la décision dont est recours.
12. L'OAI a proposé le 5 février 2014 un nouveau renvoi du dossier, considérant que l'expertise CRR n'avait pas valeur probante sur le plan psychiatrique, du fait que l'assuré n'avait pas été vu par l'expert psychiatre.

Afin de se prononcer sur le bien-fondé d'un renvoi, il convient préalablement de se demander si ce volet psychiatrique est véritablement utile. Il y a à cet égard lieu de rappeler que dans son arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans avait admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 10 février 2011 réduisant de moitié la rente d'invalidité entière qui lui était jusque-là versée, annulé ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Contrairement à ce qu'a indiqué le médecin du SMR dans son avis du 13 décembre 2011, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'OAI afin que celui-ci procède

à une expertise médicale bidisciplinaire, rhumatologique et neurologique. Or, c'est une expertise tri-disciplinaire que l'OAI a confiée à la CRR, ajoutant ainsi de son propre chef un volet psychiatrique.

En l'occurrence, la Dresse U_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif majeur de sévérité moyenne récidivant depuis 2012. Elle explique que c'est dans le contexte de ses troubles somatiques qu'il a développé un état dépressif. Elle estime l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis 1999.

Il y a lieu de constater que la Dresse U_____ explique clairement et précisément le diagnostic retenu. Or, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).. La chambre de céans considère dès lors qu'une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique ne se justifie pas, et que, partant, la cause est en état d'être jugée.

13. Il y a ensuite lieu d'examiner si l'expertise réalisée par les médecins de la CRR en mars 2012 a valeur probante sur le plan somatique.

L'assuré le conteste. Il reproche plus particulièrement aux experts d'avoir considéré que les atteintes dorsales et cervicales dont il souffrait n'avaient aucune influence sur la capacité de travail, alors qu'elles étaient reconnues comme telles par les Drs O_____ et G_____.

Il évoque l'avis du Dr O_____, selon lequel les différentes pathologies - dont les « lombosciatalgies gauches tendinopathie trochaertériennes » - ne doivent pas être considérées isolément, mais associées les unes aux autres. Il souligne que selon l'évaluation faite en atelier professionnel, « le niveau global actuel atteint lors des différentes activités simples proposées reste trop faible et incompatible avec les exigences du marché du travail ». Il rappelle que dans son arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans avait estimé que la possible future dégradation du poignet n'était encore qu'hypothétique et indique que par la suite, l'état de sa main et de son poignet droits s'était effectivement péjoré, au point qu'une nouvelle intervention avait été pratiquée le 13 février 2012. Il fait enfin valoir qu'il a subi la mise en place d'une prothèse des hanches en 2008 et 2010, et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à la cheville droite le 10 septembre 2013.

Dans son arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au motif que depuis l'intervention subie à la hanche gauche en 2010, seuls les rapports des médecins-

traitants figuraient au dossier. Ces rapports, soit ceux de la Dresse J_____ du 24 juin 2010, du Dr O_____ du 26 juillet 2010, du Dr X_____ de novembre 2010, du Dr G_____ du 7 février 2011 n'avaient pas valeur probante. Ils ne suffisaient en tout cas pas pour démontrer l'existence d'une incapacité totale de travail.

Dans leur rapport d'expertise du 30 mai 2012, les médecins de la CRR ont conclu à une capacité de travail de 70% depuis le 3 avril 2009 dans une activité adaptée, avec des restrictions relatives aux positions debout permanentes, accroupies ou à genoux, au port de charges lourdes, aux activités répétitives mettant en jeu la main et le poignet droit avec flexion-extension et prosupination répétées et aux activités de force avec le membre supérieur droit.

Leur rapport repose sur un examen de l'assuré effectué le 27 mars 2012, sur une évaluation en atelier professionnel et sur l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Le rapport est en outre bien motivé puisqu'il explique pourquoi les diagnostics précités ont été retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail. Les conclusions sont dûment motivées, claires et convaincantes. Le rapport remplit ainsi toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

14. Reste à ce stade à examiner si les nouvelles pièces médicales produites par l'assuré permettraient de s'écarter des conclusions des experts.

Dans un courrier du 3 juillet 2012, le Dr K_____ indique que l'état de poignet n'est pas stabilisé et qu'il est encore douloureux, ce pour des raisons aisément objectivables et considère qu'une reprise d'activité manuelle est illusoire, au motif que l'amplitude articulaire et la force de préhension au niveau du poignet droit est déficitaire, étant ajouté que les plaintes du patient sont parfaitement cohérentes avec l'examen clinique et la radiologie. Il ne voit pas quelle activité compatible avec ce handicap, l'assuré pourrait exercer, dans la mesure où celui-ci n'est pas au bénéfice d'une formation professionnelle autre que celle du bâtiment et qu'il parle laborieusement le français.

Le 26 juin 2012, le Dr G_____ souligne le fait que l'assuré n'a pas travaillé depuis seize ans, et s'étonne que les experts aient classé les lombalgies et la discopathie vertébrale du patient dans les maladies n'exerçant pas d'influence sur la capacité de travail.

Le Dr O_____ enfin confirme, le 30 juillet 2012, son appréciation du 3 février 2011, selon laquelle il considérait que la capacité résiduelle de travail était de 50%. Il considère que les atteintes, prises isolément, peuvent n'avoir qu'un impact assez limité, mais associées, lui paraissent entraîner une réduction significative de la capacité de travail dans un emploi même adapté. Il relève qu'il y a malheureusement une certaine discordance entre la sévérité des plaintes, notamment lombaires, et un bilan radiologique montrant des lésions qui peuvent effectivement se retrouver chez des hommes du même âge, sans plainte de

lombalgie. Il explique que c'est cette discordance qui peut conduire à un désaccord quant à la capacité de travail déterminée par les médecins traitants, d'une part, et les experts, d'autre part. Selon lui, les seuls emplois envisageables, au vu de son niveau de scolarité, sont des travaux manuels qui ne sont malheureusement pas adaptés à ses problèmes physiques.

15. Il n'est pas contesté que l'assuré présente une incapacité entière de travail dans l'activité de maçon. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en revanche, les experts considèrent que sa capacité de travail est de 70%. Les médecins traitants sont, quant à eux, d'avis que, même dans une activité adaptée, l'assuré ne pourrait pas travailler (Dr K_____), ou ne le pourrait qu'à 50 % (Dr O_____).

Force est de constater, à l'instar du Dr O_____ du reste, que les griefs relèvent d'une appréciation différente d'un même état de fait. Les Drs O_____ et K_____ n'apportent aucun nouvel élément qui aurait été ignoré par les experts. Ceux-ci ont examiné l'assuré en mars 2012, et ont établi leur rapport le 30 mai 2012. Ils ont eu connaissance de l'intervention du 13 février 2012 et en ont tenu compte puisqu'ils ont retenu à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un status après synovectomie des extenseurs, ablation de vis et une capsulodèse dorsale limitée. Ils ont même souligné que l'atteinte à ce niveau est indiscutable, et indiquent, comme limitations fonctionnelles, les mouvements répétitifs de flexion-extension, la prosupination du poignet, le port de charges lourdes, les vibrations et l'utilisation d'outils lourds.

Les Drs O_____ et K_____ font essentiellement valoir des facteurs psychosociaux à l'origine de la réduction de la capacité de travail. Ils considèrent en effet que si l'assuré ne peut pas envisager de travailler dans une activité adaptée, c'est parce qu'il n'a pas de formation professionnelle et qu'il ne parle que peu le français.

Or, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Aussi les motifs invoqués par les médecins traitants, pour lesquels la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée serait diminuée de 50%, voire entièrement, ne peuvent-ils être retenus.

Les experts ont par ailleurs effectivement considéré que les diagnostics de lombalgies et de discopathie étaient sans influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr G_____ s'en étonne. Le Dr O_____ toutefois relève à cet égard une discordance entre la sévérité des plaintes et le bilan neurologique.

L'assuré a également versé au dossier copie d'une lettre du Dr V_____ datée du 10 octobre 2013, une IRM du 19 juillet 2013, une lettre du Dr W_____ du 25 juin 2013, le compte-rendu opératoire du 10 septembre 2013, et un certificat de la Dresse U_____ du 16 octobre 2013.

Aucun de ces documents ne permet cependant de conclure en l'état à une aggravation de son état de santé.

Il sied de rappeler au surplus 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants aient des opinions contradictoires ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration. En l'occurrence, il n'apparaît pas que des éléments objectivement vérifiables aient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. On ajoutera encore que les éléments objectifs et subjectifs mentionnés par les médecins et les experts sont pour l'essentiel identiques et seules les conclusions qu'ils en tirent divergent.

Les avis divergents des médecins traitants ne sont, au vu de ce qui précède, pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise, et partant de conclure à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, ce qui justifie le droit de l'assuré à une demi-rente.

La décision du 9 décembre 2013, réduisant le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité, ne peut en conséquence être que confirmée.

16. Reste enfin à examiner la question de la date à compter de laquelle cette réduction doit prendre effet. Le TF a déjà eu l'occasion de se prononcer sur la question de savoir à quel moment la réduction ou la suppression de la rente doit intervenir, lorsque le juge a annulé la décision de révision et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète le dossier puis rende une nouvelle décision.

Il a considéré que si l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision qui supprime ou diminue une rente ou une allocation pour impotent, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration, également pendant cette procédure d'instruction jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 106 V 18 ; 129 V 370 ; 8C_451/2010).

En l'espèce, l'OAI avait retiré l'effet suspensif à sa décision du 10 février 2011, de sorte que la réduction du droit de l'assuré à une demi-rente doit, au vu de la jurisprudence susmentionnée, prendre effet à compter d'avril 2011.

Le recours est en conséquence rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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; 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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