



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3108/2018

ATAS/651/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juillet 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960 et d'origine italienne, est arrivé en Suisse en 1978. Au bénéfice d'une expérience de cuisinier, il a travaillé comme cuisinier, chef de cuisine et tenancier de restaurant.
2. Après avoir déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le 1^{er} mars 1999, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'une rente en raison de lombalgies dues à un début d'usure et d'arthrose avec incapacité de travail entière depuis le 28 septembre 1998, il a effectué un stage d'évaluation du 21 juin au 16 juillet 1999 auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI).
3. Dans le rapport du 24 juillet 1999, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil du COPAI, a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies communes sur troubles dégénératifs évoluant depuis plus de dix ans qu'il avait tolérées pendant de nombreuses années de travail lourd. Sur le plan psychologique, il avait un comportement passif-agressif très marqué supportant très mal de ne pas être le meilleur, ce qui le poussait à tout refuser du moment qu'il ne réussissait pas totalement. Il n'y avait pas de contre-indications physiques à l'exercice d'une activité adaptée à plein temps et avec un rendement complet. Les éléments psychologiques méritaient d'être explicités et précisés par une expertise psychiatrique.
4. Dans un rapport d'« expertise » psychiatrique du 7 juin 2000, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Lors de son examen, elle n'avait pas relevé d'éléments parlant en faveur d'un état dépressif et n'avait pas mis en évidence l'existence d'une anxiété manifeste. L'assuré admettait avoir peur que l'état de son dos ne se dégradât avec l'âge. Il y avait lieu de le soumettre à une expertise auprès d'un médecin spécialisé en orthopédie.
5. Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2001, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique, a diagnostiqué notamment des lombalgies chroniques sur anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée avec discopathie à ce niveau et arthrose interfacettaire, une périarthrite scapulo-humérale droite et un discret syndrome cervical. L'assuré souffrait réellement du dos et les positions assise et debout prolongées étaient néfastes, de sorte qu'une activité à plein temps comme chef de cuisine n'était pas compatible avec sa pathologie. L'expert a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité du même type mais moins pénible (par exemple comme gérant dans la restauration ou comme administrateur dans le domaine hôtelier). La concordance entre les plaintes et l'examen clinique était indiscutable. Il existait une amyotrophie de la cuisse droite d'origine peu claire.

6. Dans une notice du 19 juin 2001, le médecin de l'OAI a considéré que la clinique était relativement pauvre et les modifications anatomo-radiologiques peu marquées. Néanmoins, on pouvait admettre que l'assuré souffrait réellement du dos. Le Dr D_____ indiquait que les lombalgies avaient pratiquement toujours un côté psychosomatique. D'autres experts désignaient cette situation comme un syndrome somatoforme douloureux. On pouvait admettre une capacité de travail de 50 % dans une activité moins pénible que celle de cuisinier. À son sens, si les contraintes physiques étaient faibles, on pouvait s'attendre à un taux supérieur d'au moins 80 %.
7. Par courrier du 4 juillet 2001, le médecin de l'OAI a demandé au Dr D_____ de préciser si une activité considérée comme légère physiquement et permettant une alternance des positions pouvait être exercée avec une simple baisse de rendement ne dépassant pas 10 à 20 %.
8. Selon le rapport du 12 juillet 2001 établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, un neurologue avait conclu, dix ans plus tôt, à une atteinte de type chronique dans les muscles ilio-psoas et quadriceps droits en relation avec une ancienne poliomyélite. L'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) ne montrait pas d'atteinte radiculaire lésionnelle au membre inférieur droit, mais suggérait la présence d'une atteinte chronique de type central, à l'origine de la faiblesse du quadriceps. L'aggravation de celle-ci pourrait être attribuée à un syndrome post-polio (ci-après : SPP).
9. Dans son rapport complémentaire du 24 septembre 2001, le Dr D_____ a précisé que la capacité de travail de l'assuré ne dépassait en aucun cas les 50 %, même dans une activité légère, au motif que celui-ci avait récemment présenté une aggravation de ses lombalgies chroniques avec une accentuation de la faiblesse du membre inférieur droit. D'après le résultat de l'ENMG du 12 juillet 2001, cette aggravation était probablement attribuable à un SPP.
10. Le médecin de l'OAI a visé ce rapport le 19 octobre 2001, en ajoutant la mention : « quelle que soit l'activité, taux maximum de 50 % ».
11. Par prononcé du 2 avril 2002, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 1999, sur la base d'un degré d'invalidité de 60 %. Il a considéré que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle à un taux de plus de 50 % au vu du rapport d'expertise et des différents renseignements complémentaires obtenus.
12. Le 10 septembre 2002, l'assuré a demandé à l'OAI de réviser la rente et de lui accorder une rente entière au moins depuis l'été 2001 au vu de l'existence d'une aggravation depuis le rapport d'expertise. Il a joint un rapport du 29 août 2002 établi par le docteur F_____, médecin-chef de clinique à la consultation de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques, un syndrome douloureux chronique et un SPP touchant le membre inférieur droit. Depuis 1985, l'assuré

présentait des lombalgies basses, intermittentes dans un premier temps. Malgré une prise en charge de physiothérapie dès 1989-1990, ses douleurs lombaires s'étaient aggravées avant de devenir constantes dès 1999, exacerbées par tout effort. Depuis 1999 également, mais en aggravation constante depuis lors, l'assuré se plaignait aussi d'une faiblesse proximale du membre inférieur droit. L'examen clinique ne montrait qu'un léger syndrome lombovertébral à caractère chronique. Le bilan radiologique révélait surtout une anomalie transitionnelle sous forme d'une lombalisation de S1, sans protrusion ni hernie discale, sans troubles dégénératifs ni canal étroit. L'assuré présentait aussi une symptomatologie neurologique, qui était vraisemblablement un SPP s'aggravant et aggravant la symptomatologie clinique. Cet élément n'avait pas été diagnostiqué par le Dr D_____ en mai 2001. Aucune activité professionnelle ne paraissait actuellement exigible.

13. Dans un nouveau rapport d'expertise du 25 novembre 2002, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques de la région lombo-pelvienne et sur lombalisation de S1 avec pincement du disque L5-S1 et arthrose interapophysaire postérieure à ce niveau. En outre, il a diagnostiqué des cervicalgies, une périarthropathie des épaules, un SPP-poliomyélite avec amyotrophie de la cuisse droite entraînant une parésie devenue symptomatique et une tendance dépressive. L'expert a conclu à une aggravation notable et objective de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise de mai 2001, en ce qui concernait tant les rachialgies que la récente atteinte de la colonne cervicale ainsi que des épaules et, surtout, en tenant compte de l'atteinte post-poliomyélitique alors non mentionnée. Les lombalgies et l'amyotrophie de la cuisse droite étaient des affections concomitantes évoluant à bas bruit et invalidantes. Aucune activité professionnelle n'était exigible et la capacité de travail devait actuellement être évaluée à 0 % depuis une date difficile à préciser.
14. L'OAI a soumis l'assuré à une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique, qui a été réalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où l'assuré a séjourné du 1^{er} au 4 septembre 2003. Dans leur rapport du 8 septembre 2003, les docteurs G_____, rhumatologue FMH, H_____, psychiatre associé au service de psychosomatique, ainsi que I_____, neurologue FMH, ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4), ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité (F 61.0) à traits quérulents (F 60.0) et anankastiques (F 60.5). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué une amyotrophie de la cuisse droite d'origine incertaine, une anomalie de la charnière lombo-sacrée (vertèbre transitionnelle) et des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Les plaintes de l'assuré consistaient en lombalgies, cervicalgies, limitation de l'épaule droite, douleurs à l'épaule gauche et au coude gauche, faiblesse musculaire à la cuisse droite accompagnée d'un sentiment de fatigue, d'insécurité, de douleurs mécaniques avec boiterie et parfois crochetage du pied, enfin de gonalgies bilatérales et de douleurs aux chevilles. Sur le plan psychique,

l'assuré déclarait souffrir d'une atteinte sévère à la santé physique et était anxieux face à l'évolution de celle-ci. Selon les experts, le processus d'invalidation était beaucoup plus ancien que ne le laissait supposer l'histoire médicale de ces cinq dernières années. Durant les quinze dernières années, l'assuré avait été d'échec en échec aussi bien sur le plan professionnel que conjugal. Les douleurs et les lésions somatiques camouflaient une souffrance de nature essentiellement psychique. Au trouble somatoforme s'associait une atteinte plus grave, à savoir un trouble mixte de la personnalité. L'assuré présentait une sensibilité excessive à la critique, un caractère méfiant, voire interprétatif, et une tendance à surévaluer sa propre importance. En raison de ses troubles psychiques, il n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. Étant dans l'obligation de préserver une image de soi satisfaisante et auto-suffisante, l'allégation d'une atteinte organique constituait pour l'assuré une porte de sortie honorable. La reprise d'une activité professionnelle ne paraissait pas exigible et ses faibles capacités d'adaptation ainsi que ses perturbations dans les relations interpersonnelles dues aux troubles de la personnalité rendaient toute mesure de réadaptation professionnelle illusoire.

15. Dans un rapport du 3 novembre 2003, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que l'expertise de la CRR permettait de conclure que l'incapacité de travail de l'assuré tenait plus à des causes psychiques que somatiques dont l'importance avait été exagérée. L'expert appuyait son avis sur la présence d'un trouble de la personnalité qui avait entraîné des difficultés personnelles et professionnelles manifestes depuis 1988 déjà. Cette comorbidité psychique, la longue durée de l'inactivité, l'absence d'amélioration malgré les traitements justifiaient l'incapacité de travail totale dans le circuit économique normal. Le syndrome douloureux chronique entrainait dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant.
16. Par prononcé du 17 décembre 2003 annulant et remplaçant celui du 2 avril 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 28 septembre 1999 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il résultait des renseignements recueillis lors de l'instruction de sa demande que l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dès le 28 septembre 1998.
17. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée le 27 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour révision de la rente. Ce dernier a fait état d'une aggravation progressive des symptômes déjà déclarés. L'OAI a également requis un rapport de son chiropraticien qui a mentionné une aggravation des douleurs lombaires et de la parésie du membre inférieur droit. Des radiographies de décembre 2006 démontraient un rétrolisthésis important de L5 sur S1 avec arthrose interfaccettaire marquée qui n'était pas présent sur les radiographies de janvier 2002. Par communication du 17 janvier 2007, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuerait de percevoir une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

18. En avril 2012, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision du droit à la rente. Répondant à la demande du gestionnaire de préciser si le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant et du trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques avait été évalué selon les précisions apportées par la jurisprudence du Tribunal fédéral du 12 mars 2004, le SMR a considéré, dans son avis du 17 avril 2012, que la rente avait été octroyée uniquement sur la base des conclusions de la CRR, à savoir un trouble somatoforme douloureux et un trouble de la personnalité à traits quérulents et anankastiques. À cette époque, ces troubles n'étaient pas décompensés et la jurisprudence en question n'était pas encore en vigueur. Il convenait d'instruire, puis de prévoir une expertise psychiatrique au minimum.
19. Dans un rapport du 23 juillet 2012, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, qui suivait l'assuré depuis le 9 juillet 2007, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, en se référant à l'expertise médicale de 2003 de la CRR, un trouble somatoforme douloureux et un trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques. Sans incidence sur la capacité de travail, il a notamment diagnostiqué un trouble statique, une scoliose et des lésions dégénératives. Les symptômes actuels consistaient en plaintes somatiques multiples et en polyinsertionite. Le pronostic était réservé du point de vue psychique. Une incapacité de travail de l'assuré n'était pas manifeste et il n'y avait pas de restriction manifeste à l'activité alors exercée, à l'exception de travaux lourds. Une activité pourrait être exigée. Aucune modification significative n'était intervenue à ce sujet depuis l'expertise de 2003. L'assuré étant rentier depuis dix ans, il apparaissait difficile d'imaginer une réinsertion. À son avis, il n'y avait pas de réelle incapacité physique, mais bien un manque de motivation psychique chez un patient qui serait en mesure d'accomplir un travail en relation avec ses troubles psychiatriques. Un rapport d'échographie de l'épaule droite du 18 novembre 2011, joint en annexe, révélait une arthrose acromio-claviculaire sous forme de pincement et une zone hypoéchogène à l'insertion du supra-épineux évoquant le diagnostic de tendinose.
20. Le 18 juin 2013, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) de Nyon, soit au docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne, à la doctoresse L_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi qu'au docteur M_____, rhumatologue FMH. Dans leur rapport du 31 octobre 2013, les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont diagnostiqué des lombalgies communes sur syndrome algodysfonctionnel, une amyotrophie de la cuisse droite sur probable ancienne poliomyélite, une lombalisation de S1, ainsi qu'une périarthrite de l'épaule droite et des hanches. Sur le plan rhumatologique, le status était quasi superposable à l'examen clinique de 2003 à la CRR, voire même amélioré. L'expert n'a pas observé de limitation fonctionnelle. Les radiographies lombaires du 23 juillet 2013 révélaient une hyperlordose, une inclinaison du bassin vers la droite en relation

avec un status après poliomyélite du membre inférieur droit, ainsi qu'une lombalisation de S1. Il n'y avait aucune péjoration depuis 2002. Sur le plan psychiatrique, les signes cliniques décrits dans l'expertise psychiatrique de septembre 2003 n'étaient pour la plupart pas retrouvés ou étaient présents mais de manière atténuée. En conclusion, l'assuré présentait certains traits de personnalité quérulente et anankastique, mais en nombre et en intensité insuffisants pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité mixte. Il n'y avait par ailleurs pas de symptômes pouvant évoquer un trouble dépressif, anxieux ou psychotique. Les critères nécessaires au diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis. Quoiqu'il en était, l'assuré ne présentait pas de comorbidité psychiatrique sévère, ni perturbation de sa vie quotidienne et sociale. L'assuré était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour des raisons psychiatriques. Il y avait eu amélioration depuis l'expertise de 2003, difficile à situer dans le temps, tout comme de donner des taux précis d'incapacité de travail. Son médecin traitant estimait qu'à fin 2011, un travail était envisageable sous réserve d'une faible motivation. On pouvait donc estimer que l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail à fin 2011. Celle-ci était de 100 % dans l'activité habituelle, et il n'y avait pas d'indication pour une activité adaptée.

21. Dans un rapport du 24 juillet 2014, le docteur N_____, rhumatologue FMH, a observé que depuis quatre ans et demi, la symptomatologie douloureuse était devenue beaucoup plus étendue. Après la région lombaire, elle avait touché l'épaule droite, puis l'épaule gauche, la hanche droite et enfin les coude et poignet gauches. Les douleurs lombaires étaient consécutives aux troubles statiques de la hanche droite et à une insertionite du petit fessier. La bursite de l'épaule droite était due à une déchirure du sus-épineux avec tendinopathie associée du sous-épineux et bursite sous acromio-deltoïdienne, ainsi qu'à une désinsertion du labrum. Les douleurs de l'épaule gauche étaient en relation avec une tendinopathie du tendon du supra-spinatus, du coude gauche à épicondylite et du poignet gauche sur arthrose entre le scaphoïde et le radius avec synovite de l'articulation médio-carpienne. Il n'y avait pas d'arguments cliniques en faveur d'une polyarthropathie inflammatoire du type PR. À son avis, tous ces problèmes nouveaux étaient d'origine abarticulaire, exceptés ceux du poignet où il existait une arthrose (status après très ancienne fracture).
22. Le 16 octobre 2014, l'OAI a demandé un complément d'expertise rhumatologique au Dr M_____. Dans son rapport d'expertise du 23 janvier 2015, l'expert a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation au sens strict depuis son expertise d'octobre 2013. Les lésions abarticulaires dont l'assuré souffrait occasionnellement pouvaient provoquer des incapacités temporaires de travail. Du point de vue rhumatologique, il n'y avait cliniquement aucune atteinte à la santé qui fût incapacitante. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait tout au plus éviter tout travail en-dessus du plan des épaules. Sur un plan purement physique, conformément aux expertises de la CRR et du CEMed, on ne pouvait pas exiger de

l'assuré une capacité de travail significative dans l'ancienne activité. Il n'y avait pas d'indication pour une activité adaptée. L'expertise actuelle confirmait qu'il y avait une capacité de travail.

23. Dans un rapport du 24 novembre 2014, le docteur O____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis mars 2004 car plusieurs médecins avaient considéré qu'il présentait une problématique psychiatrique. Il avait constaté chez l'assuré une double souffrance psychique, à savoir celle provoquée et entretenue par ses douleurs articulaires et rhumatismales avec effet dépressogène direct et celle provoquée par la déception de la non-reconnaissance de son handicap. Selon lui, la souffrance de l'assuré était réelle. La douleur quasi permanente entraînait un stress et une fatigue nerveuse qui épuisaient les ressources cognitives et psychiques de l'assuré. Le tableau clinique était caractérisé par les manifestations du registre anxio-dépressif. S'agissant des expertises psychiatriques des Drs C____ en 2000, G____ en 2003 et L____ en 2013, le Dr O____ ne validait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, dès lors que plusieurs médecins décrivaient des éléments cliniques objectifs somatiques même s'ils n'arrivaient pas à expliquer le lien entre ces éléments objectifs et la douleur. Il ne trouvait par ailleurs, ni dans lesdites expertises, ni dans l'examen de l'assuré, d'éléments cliniques justifiant les critères diagnostiques CIM-10 de troubles de personnalité quérulente et anankastique, si bien qu'il ne validait pas davantage le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. En conclusion, l'assuré ne présentait pas d'affection ou de maladie psychiatrique, en particulier pas de syndrome somatoforme, ni de trouble de la personnalité. Il souffrait simplement d'une dépression réactionnelle d'intensité légère due à ses douleurs somatiques et à la non-reconnaissance de son handicap organique.
24. Par décision du 11 février 2015, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision. Les diagnostics ayant ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon les observations médicales actuelles, ils n'avaient aucun fondement anatomique objectivable susceptible de fonder une incapacité de travail durable. Dans un tel cas, les dispositions finales de la sixième révision de la LAI permettaient de supprimer la rente sans motif formel de révision.
25. Dans le cadre de la procédure de recours formé contre ladite décision, l'assuré a produit divers rapports médicaux dont un rapport du 5 octobre 2015 établi par le docteur P____, rhumatologue FMH. Ce dernier diagnostiquait, sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique (incluant des IRM, échographies, radiographies et un ENMG), une amyotrophie de la cuisse droite avec douleurs, fatigue et faiblesse de celle-ci ainsi que lombalgies chroniques dans le cadre d'un SPP, des douleurs chroniques de l'épaule droite dues à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec des images de rupture non transfixiante du supra-épineux et de lésion

du labrum antéro-inférieur, des douleurs du poignet gauche sur syndrome de l'ulna long avec variance ulnaire positive. Il y avait aussi des signes cliniques d'une épicondylite latérale du coude droit et d'une tendinobursite du moyen fessier droit. Le SPP était un diagnostic clinique reconnu se manifestant plusieurs dizaines d'années après une poliomyélite. Il était difficilement compréhensible qu'une révision du droit à la rente AI ait conduit d'une rente complète à la considération que l'assuré était apte à reprendre un emploi à temps plein. Ce n'étaient pas les lombalgies qui justifiaient l'incapacité de travail, mais le SPP, les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'atteinte du poignet gauche et les autres tendinopathies. La capacité de travail de l'assuré était tout au plus de 20 % à 30 % dans une activité de chef de cuisine ou un emploi du même type, et d'environ 40 % à 50 % dans un emploi physiquement léger, n'impliquant pas de marche prolongée, de position debout plusieurs heures par jour, de travaux avec les membres supérieurs en hauteur (par exemple dans un emploi de bureau), sans garantie dans le long terme.

26. Par arrêt du 30 août 2016 (ATAS/677/2016), la chambre de céans a admis partiellement le recours en annulant la décision litigieuse et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Au vu des avis divergents, elle ne pouvait pas statuer en pleine connaissance de cause sur le caractère invalidant des atteintes à la santé, respectivement sa mesure, et l'origine somatique, psychique ou mixte de celles-ci. En revanche, il était certain que la force probante des rapports d'expertise du CEMed du 31 octobre 2013 et du Dr M_____ du 23 janvier 2015 était ébranlée par la convergence et la motivation des divers rapports médicaux produits par l'assuré à la suite de la décision du 11 février 2015. Il y avait lieu de compléter l'instruction médicale du dossier sur des points importants, notamment le SPP, les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'atteinte du poignet gauche et les autres tendinopathies. En tout état, dans la mesure où subsisterait un trouble somatoforme douloureux, son caractère invalidant devait être examiné au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. En l'absence de recours à son encontre, cet arrêt est entré en force.
27. Par communication du 1^{er} décembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine générale/interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie). Il lui a transmis les questions qu'il envisageait de poser aux experts en lui donnant la possibilité de lui adresser des questions complémentaires.
28. Le 7 mars 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise avait été attribuée à la CRR, respectivement aux docteurs Q_____, médecine interne, R_____, neurologie, S_____, psychiatrie et psychothérapie, et T_____, rhumatologie.
29. Par courrier du 16 mars 2017, l'assuré a transmis deux nouveaux rapports médicaux.

Dans un rapport du 4 mars 2017, le Dr O_____ a rappelé que le trouble somatoforme douloureux devait être différencié de toute une série d'autres troubles psychiques. Ce diagnostic ne pouvait être posé que si les résultats des tests médicaux n'expliquaient pas les symptômes. Or, dans le cas de l'assuré, un grand nombre d'examen et de rapports médicaux décrivaient de façon précise et détaillée les éléments cliniques objectifs et surtout somatiques expliquant les symptômes. Selon l'étude du dossier de l'assuré, les diagnostics psychiatriques avaient été proposés en l'absence de diagnostics somatiques avant que les diagnostics psychiatriques ne fussent invalidés sans que des diagnostics somatiques ne fussent retenus. Ce n'était qu'à fin 2015 que le SPP avait été reconnu par les docteurs U_____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation de l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille, et V_____, neurologue FMH, à la suite de consultations spécialisées. Par conséquent, l'invalidité fonctionnelle de l'assuré devait être examinée en fonction du SPP et non pas d'un point de vue psychiatrique. Les conditions d'un SPP étaient réalisées puisque l'assuré présentait les six critères permettant de poser un tel diagnostic, à savoir un antécédent de poliomyélite dans l'enfance mis en évidence par ENMG du 11 juillet 2001, une période de récupération fonctionnelle complète pendant dix ans, puis de stabilité neurologique pendant vingt ans ou plus, un nouveau déficit moteur ou une nouvelle faiblesse musculaire progressive et persistante avec fatigue généralisée, ainsi que douleur musculaire mécanique et biomécanique sous forme de maladie dégénérative des articulations – en particulier la coxarthrose qui se développait du côté déficitaire –, la durée des symptômes qui persistaient depuis des années et l'exclusion d'autres affections. Les séquelles évolutives justifiaient l'invalidité fonctionnelle de l'assuré et une incapacité de travail de 100 %.

Dans un rapport du 4 mars 2017, le professeur W_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a conclu à la présence de troubles importants de l'appareil locomoteur avec boiterie, dorsolombalgies en position debout et assis, douleurs de l'épaule droite avec syndrome de la coiffe des rotateurs et douleurs du poignet gauche. L'origine poliomyélitique de ces troubles, hormis ceux du poignet gauche et de l'épaule droite, était certaine. Ils se caractérisaient depuis de très nombreuses années par une aggravation régulière. Les éléments objectifs des troubles de l'appareil locomoteur en relation avec une poliomyélite de l'enfance étaient évidents. L'ensemble de ces troubles et leur répercussion fonctionnelle entraînaient une incapacité de travail complète puisque la douleur et la gêne survenaient aussi bien en position debout, empêchaient la marche plus de quinze minutes et sur terrain irrégulier, la position assise, le porte de charges même légères, ainsi que de monter sur un escabeau.

30. Dans leur rapport d'expertise du 20 juin 2017 consécutif au séjour de l'assuré à la CRR du 9 au 11 juin 2017, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une déchirure partielle non transfixiante du supra-épineux droit avec tendinopathie de l'infra-épineux et bursite sous-acromiale, une tendinopathie du supra-épineux gauche, une arthrose radio-scaphoïdienne au poignet gauche

débutante en rapport avec un antécédent de fracture du scaphoïde opéré, une variance ulnaire positive des deux côtés avec douleurs ulnaires à gauche, des lombalgies chroniques possiblement d'origine statique en rapport avec une inégalité de longueur du membre inférieur droit de deux centimètres et bascule du bassin à droite, ainsi que des tendinopathies des moyens fessiers des deux côtés. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué un axonotmesis chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, un épisode dépressif léger, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anomalie de transition lombaire avec probable hémilombalisation gauche de S1, des discopathies L4-L5 et L5-S1 discrètes, une protrusion discale L4-L5 foraminale et extra foraminale sans compression radiculaire, des cervicalgies communes, une discrète arthrose cervicale débutante, de probables céphalées de tension et un antécédent d'épicondylite gauche. S'agissant de l'atteinte neurologique, il y avait une atteinte axonale quadricipitale droite chronique compatible avec des séquelles de poliomyélite qui cependant n'expliquaient en aucun cas le tableau subjectif. Tout laissait à penser qu'il s'agissait d'une découverte fortuite. Il n'y avait ni plainte éventuelle, ni trouble moteur au membre inférieur droit avant l'âge de 40 ans. Les plaintes actuelles étaient diffuses et mal systématisées. Elles ne pouvaient en aucun cas être expliquées par une éventuelle atteinte motrice au membre inférieur droit. La discrète atrophie sans parésie ne correspondait pas au SPP défini par un ensemble de critères peu spécifiques mais dont la caractéristique principale était la récurrence tardive d'une parésie suite à une poliomyélite qui avait récupéré. En l'absence de déficit de la force, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique. La capacité de travail dans l'activité de cuisinier était nulle de manière définitive. Il existait quelques incohérences, un comportement douloureux assez marqué, le tout associé à des facteurs contextuels (absence d'activité professionnelle depuis 1998, assuré persuadé qu'il ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle, auto-évaluation très élevée de la douleur, âge actuel) qui compliquaient l'évaluation. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités prolongées et/ou répétitives au-dessus de l'horizontal ou en porte à faux, le port de charge répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, les activités en force surtout avec l'utilisation de la prouppination répétée ou l'inclinaison ulnaire répétée (poignet gauche), les activités avec flexions répétées du rachis, la marche prolongée surtout en terrains accidentés et la position statique debout très prolongée. Une activité légère, par exemple à l'établi avec alternance des positions assise-debout semblait réaliste. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50 %.

31. Par courrier du 31 août 2017, l'assuré a observé que les experts n'avaient pas comparé les situations médicales prévalant lors de la décision initiale d'octroi de rente et lors de leur examen, notamment quant à la question de savoir si les troubles qui justifiaient le versement d'une rente à l'époque avaient disparu. L'ensemble des rapports médicaux au dossier démontrait l'absence d'une modification notable de son état de santé qui justifiait une diminution de sa rente entière. Au contraire, il

était avéré que son état de santé s'était péjoré. Par conséquent, les conditions légales d'une révision de la rente d'invalidité n'étaient pas réunies, de sorte qu'il avait droit à une rente entière.

32. Dans un avis du 12 septembre 2017, le SMR a relevé que les experts de la CRR ne retenaient plus aucune atteinte au niveau psychiatrique confirmant en cela l'amélioration trouvée lors de la précédente expertise. L'expertise était pleinement convaincante, les experts expliquaient leur appréciation de la situation médicale et leurs conclusions étaient cohérentes. Par conséquent, il y avait lieu de suivre leurs conclusions et d'admettre que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'ancienne activité et de 50 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles et ceci depuis 2013, date de l'amélioration de l'état psychique de l'assuré.
33. Selon le rapport final de mesures d'ordre professionnel du 28 novembre 2017, lors de l'entretien du même jour, l'assuré a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'entreprendre des mesures d'ordre professionnel en raison de la péjoration de son état de santé depuis une année avec des douleurs, diverses infiltrations depuis février 2017 et d'éventuelles opérations aux épaules. Au vu de cette situation, la conseillère en réadaptation a clôturé le mandat de réadaptation.
34. Par projet de décision du 10 avril 2018, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 54 % et a remplacé la rente entière versée jusqu'ici par une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Selon l'appréciation du SMR consécutive à la nouvelle instruction médicale, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 1^{er} janvier 2013 et dès cette date, sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était de 50 %. S'agissant du nouveau calcul du degré d'invalidité, étant donné que la dernière activité lucrative datait de 1997, il n'était pas possible d'actualiser un revenu sans invalidité aussi ancien et il y avait lieu de se baser sur un revenu statistique établi selon les ESS 2012 (secteur privé, ligne total, niveau 2) et adapté à l'évolution des salaires en 2013. Il retenait un niveau 2 car l'assuré encadrait du personnel et possédait des compétences transférables dans la gestion d'une petite équipe. Le revenu avec invalidité était calculé sur la même base en tenant compte d'une capacité de travail de 50 % et après abattement de 10 % eu égard aux années de service et à l'âge de l'assuré. En comparant le revenu sans invalidité de CHF 70'984.- avec le revenu d'invalidité de CHF 32'612.-, la perte de gain s'élevait à CHF 39'846.- et correspondait à un degré d'invalidité de 54 %.
35. Par courrier du 7 mai 2018, l'assuré a fait part de ses remarques à l'OAI. L'expertise de la CRR sur laquelle celui-ci se basait pour retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ne comparait pas son état de santé à la date du rapport d'expertise par rapport à celui-ci existant lors de la décision d'octroi de rente. L'avis du SMR du 12 septembre 2017 ne procédait pas davantage à une telle comparaison. Or, aucun rapport médical ne faisait état d'une amélioration notable de son état de santé en 2017 par rapport à 1999. Au contraire, de très

nombreux avis médicaux constataient une détérioration de son état de santé pendant toute cette période, de sorte que les conditions d'une révision de rente n'étaient pas réalisées. Il a contesté le calcul du degré d'invalidité, plus particulièrement le revenu d'invalidé qui était arbitraire et l'abattement qui devait être de 25 % eu égard à ses graves atteintes à la santé et à son âge. Il a joint trois nouveaux rapports médicaux :

- Dans un rapport du 24 septembre 2017, le docteur X_____, rhumatologue FMH, s'est étonné que l'expertise du 29 juin 2017 puisse retenir des séquelles de poliomyélite au lieu d'un SPP, alors que celui-ci avait été retenu et confirmé par les Drs Y_____ et E_____ en 2001, le Dr F_____ en 2002, les Drs Z_____ et P_____ en 2015. Ce SPP devait être évoqué comme premier diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En ajoutant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus par les experts, il était douteux que l'assuré ait une quelconque capacité de travail dans n'importe quelle activité ;
 - Dans un rapport du 3 octobre 2017 consécutif à sa consultation du 6 septembre 2017, la Dresse Z_____ a relevé que son examen clinique et l'ENMG étaient relativement superposables à ceux d'août 2015. Le contexte clinique de faiblesse musculaire, fatigabilité, douleurs diffuses, frilosité ainsi que l'ENMG avec des signes de remaniement diffus des unités motrices qui touchaient surtout la musculature de loge antérieure de la cuisse droite, était évocateur d'un SPP ;
 - Dans un rapport du 10 octobre 2017, le Dr O_____ a constaté que l'expertise de juin 2017 se focalisait sur la singularité des différentes atteintes et non sur un diagnostic global pouvant expliquer les différents symptômes, alors que le seul diagnostic qui aurait pu expliquer la globalité des atteintes était le SPP qui était écarté par l'expertise, sans nommer les critères spécifiques du SPP et sans évaluer de diagnostic différentiel. Il a réitéré ses remarques au sujet du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.
36. Dans son avis du 18 mai 2018, le SMR a relevé que l'expert R_____ avait mentionné le diagnostic d'axonotmèse chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, en expliquant qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il confirmait quelle que soit l'origine de cette lésion, l'absence de déficit systématisé de la force du membre inférieur, respectivement de limitations fonctionnelles. La Dresse Z_____ confirmait le SPP mais ne prenait pas position sur ses conséquences. Le Dr O_____ ne se prononçait pas sur les incohérences de l'examen neurologique, à savoir l'absence de systématisation des déficits neurologiques, ni ne motivait l'incapacité de travail totale dans toute activité. Ces nouveaux rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux non connus par les experts. La très importante divergence d'appréciation entre les différents médecins traitants et les experts sur les

conséquences du déficit musculaire ne permettait pas de prendre position de manière définitive. Il y avait lieu de soumettre ces nouveaux rapports aux experts.

37. Le 29 mai 2018, l'OAI a transmis les nouveaux rapports médicaux aux experts.
38. Dans un rapport du 7 juin 2018, le Dr G_____, directeur médical adjoint de la CRR, a relevé que lors de la première expertise en 2003, l'amyotrophie avait été qualifiée d'origine incertaine. Il existait déjà à l'époque une différence d'appréciation entre les différents médecins. L'aspect important était qu'il s'agissait pour les experts d'une atteinte purement séquellaire qui n'influençait pas la capacité de travail. Lors de l'expertise de 2017, l'axonotmèse chronique dans le quadriceps droit a été considéré comme compatible avec des séquelles de poliomyélite, mais sans répercussion sur la capacité de travail. La Dresse Z_____ ne se prononçait pas sur les conséquences du SPP et le Dr O_____ ne prenait pas position sur les incohérences de l'examen neurologique. Le rapport d'expertise soulignait l'ensemble des facteurs qui conditionnaient l'incapacité de travail et minimisait l'impact de l'amyotrophie de la cuisse droite – quelle qu'en fût la source – sur la capacité de travail. La description fonctionnelle était précise et était intégrée dans le contexte de vie de l'assuré. Le Dr G_____ ne voyait pas quelle démonstration supplémentaire il pourrait faire.
39. Par décision du 16 août 2018 reçue le lendemain, annulant et remplaçant la décision du 11 février 2015, l'OAI a maintenu sa position. Il a repris le versement de la rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2015 au 30 septembre 2018 et l'a réduite à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2018. Il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Le degré d'invalidité était de 100 % du 1^{er} avril au 30 septembre 2018 et de 54 % dès le 1^{er} octobre 2018. La révision d'une rente d'invalidité supposait en effet une modification notable des circonstances, soit une condition qui était réalisée puisque l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis 2013. Ce dernier ne démontrait pas le caractère arbitraire du revenu d'invalidité et de l'abattement pris en considération. Les éléments produits dans le cadre de l'audition ne lui permettaient pas de modifier son appréciation.
40. Le 10 septembre 2018, l'assuré a reçu une « copie fiscale » de la décision du 16 août 2018.
41. Par actes du 12 septembre 2018, l'assuré a recouru contre les décisions du 16 août 2018. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le mois d'octobre 2018. À l'appui de ses recours, il a répété les griefs formulés à l'encontre du projet de décision.
42. Deux procédures ont été ouvertes concernant les recours formés contre les décisions du 16 août 2018, l'une portant le numéro A/3109/2018 s'agissant de la décision reçue le 17 août 2018 et l'autre portant le numéro A/3108/2018 s'agissant de celle reçue le 10 septembre 2018.
43. Dans sa réponse du 11 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la jonction des deux causes dès lors que les deux décisions avaient un contenu

identique à l'exception de la mention dans l'une (celle reçue le 10 septembre 2018) des deux taux d'invalidité successivement retenus. Cette dernière avait manifestement pour but de rectifier celle notifiée le même jour, lacunaire. Selon l'arrêt de la chambre de céans du 30 août 2016, des motifs d'ordre psychique avaient justifié l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 1999. L'expertise du 20 juin 2017, mise en œuvre par la CRR à la suite de l'arrêt de renvoi pour instruction complémentaire, confirmait l'amélioration de l'atteinte psychique puisqu'il n'y avait plus d'atteinte invalidante de ce type. Le recourant ne faisait valoir aucun motif susceptible de dénier une valeur probante audit rapport d'expertise. L'intimé a, au surplus, confirmé la motivation de sa décision.

44. Par ordonnance du 15 octobre 2018, la chambre de céans a ordonné la jonction des deux causes en une seule cause sous le numéro A/3108/2018 et a réservé la suite de l'instruction.
45. Dans sa réplique du 25 octobre 2018, le recourant a notamment relevé qu'aucun élément du dossier ne démontrait que son état de santé se serait subitement amélioré au mois de septembre 2018. Il a observé que dans sa réponse, l'intimé ne se référait à aucun élément médical à ce sujet. Il a répété ses précédents griefs et confirmé ses conclusions.
46. Dans sa duplique du 15 novembre 2018, l'intimé a considéré que la réplique du recourant n'appelait pas de commentaire particulier de sa part. Il a confirmé ses précédentes conclusions.
47. Dans son écriture du 23 novembre 2018, le recourant a constaté que l'intimé persistait à ne pas motiver ses décisions. Il a répété ses arguments quant à l'absence d'un motif de révision et confirmé ses précédentes conclusions.
48. Dans son écriture du 18 janvier 2019, le recourant a précisé que l'intimé persistait à juste titre à lui verser une rente entière.
49. Par décision du 27 février 2019, le Vice-Président du Tribunal de première instance a mis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 12 septembre 2018.

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 - E 2 05), 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).

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

2. À 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).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1). 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).

En l'espèce, la rente entière d'invalidité ayant été supprimée par les décisions du 16 août 2018, est applicable le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là, dont notamment les dispositions de la sixième révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité – accordée au recourant depuis le 1^{er} septembre 1999 – avec effet au 1^{er} octobre 2018, respectivement sur son droit éventuel à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018.
6. 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).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 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. 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 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

7. a. 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, mentale ou psychique 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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. 28a al. 1 LAI).

- b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

9. a. 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, à ce motif, incapable de travailler, ainsi que, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPG, 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). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 25 V 256 consid. 4 et les références).

b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).
11. a. 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).
- b. En l'espèce, lors de la décision initiale d'octroi de rente du 17 décembre 2003, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} septembre 1999 en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant, associé à un trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques, qui le rendaient incapable de s'adapter à son environnement professionnel.

L'intimé a initié une procédure de révision de rente le 27 novembre 2006. À cet effet, pour évaluer l'état de santé du recourant, il a uniquement recueilli le questionnaire pour la révision de rente rempli par le recourant et un rapport de son chiropraticien, sans solliciter l'avis du SMR. Par conséquent, la communication du 17 janvier 2007 maintenant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente.

En définitive, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision initiale de rente du 17 décembre 2003, entrée en force, avec les circonstances fondant les décisions litigieuses du 16 août 2018.

Ces dernières décisions reposent d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la CRR du 20 juin 2017. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

Dans ledit rapport, les experts diagnostiquent avec incidence sur la capacité de travail, une déchirure partielle non transfixiante du supra-épineux droit avec tendinopathie de l'infra-épineux et bursite sous-acromiale, une tendinopathie du supra-épineux gauche, une arthrose radio-scaphoïdienne au poignet gauche débutante en rapport avec un antécédent de fracture du scaphoïde opéré, une variance ulnaire positive des deux côtés avec douleurs ulnaires à gauche, des lombalgies chroniques possiblement d'origine statique en rapport avec une inégalité de longueur du membre inférieur droit de deux centimètres avec bascule du bassin à droite, ainsi que des tendinopathies des moyens fessiers des deux côtés. Sans incidence sur la capacité de travail, ils diagnostiquent notamment un axonotmesis chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, un épisode dépressif léger, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anomalie de transition lombaire avec probable hémilombalisation gauche de S1, des discopathies L4-L5 et L5-S1 discrètes, une protrusion discale L4-L5 foraminale et extra foraminale sans compression radiculaire, des cervicalgies communes, une discrète arthrose cervicale débutante et un antécédent d'épicondylite gauche. Ils retiennent une incapacité de travail de 100 % dans l'activité antérieure et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir une activité légère, par exemple une activité à l'établi avec alternance des positions assise-debout. Ils mentionnent les plaintes du recourant, à savoir essentiellement des lombalgies présentes depuis près de trente ans, des douleurs au membre inférieur droit et au genou gauche, des cervicalgies présentes environ depuis vingt ans, ainsi que des douleurs aux épaules et au poignet gauche présentes depuis plusieurs années. Ils expliquent pourquoi ils considèrent que les troubles cervicaux ne sont pas incapacitants eu égard aux radiographies du 28 décembre 2016 qui ne montrent que des anomalies banales pour un homme de 57 ans. S'agissant des troubles lombaires, ils admettent une incapacité de travail dans l'activité de cuisinier en raison de la bascule du bassin avec troubles statiques à convexité droite et de l'anomalie de

transition avec héli-lombalisation de S1. En revanche, les anomalies discales très discrètes en L4-L5, L5-S1 et D11-D12 visibles sur les bilans d'imagerie de juillet 2015 et 2016 sont compatibles avec l'âge du recourant et n'entraînent pas de conflit disco-radiculaire ou de canal lombaire rétréci. Dès lors, elles n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des épaules, les plaintes sont cohérentes avec l'examen clinique et l'imagerie. Même si le recourant se plaignait déjà des épaules en 2003, la situation s'est probablement dégradée au fil du temps et du vieillissement de celui-ci. Par conséquent, l'atteinte des épaules entraîne une incapacité de travail, en tout cas dans l'activité de cuisinier, et nécessite une activité adaptée. S'agissant du poignet gauche, l'arthrose radio-scaphoïdienne entraîne des limitations fonctionnelles dans la dernière activité et justifie une activité adaptée. S'agissant du membre inférieur droit, l'amyotrophie de la cuisse droite est globalement similaire à celle mise en évidence par les différentes expertises. Le recourant a surtout été traité pour des tendinopathies des fessiers, actuellement en voie d'amélioration, qui peuvent être secondaires à la bascule du bassin et à l'inégalité de longueur du membre inférieur droit. Dans ce tableau clinique, les limitations de la hanche à l'examen clinique ne sont expliquées ni par une éventuelle coxarthrose, ni par la tendinopathie du moyen fessier et sont à intégrer dans le comportement algique plus global du recourant. Le valgus du genou gauche, le recurvatum et l'inégalité de longueur des membres inférieurs sont de possibles séquelles de l'atteinte neurologique connue depuis 1991 environ et entraînent des limitations. Sur le plan psychiatrique, le Dr S_____ relève quelques aspects procéduriers et démonstratifs d'intensité légère dont certains peuvent être mis en rapport avec le fait de se sentir perdu vis-à-vis des termes médicaux. Il ne constate pas de manifestation psychotique permettant d'expliquer le vécu algique et les limitations fonctionnelles. Les fonctions thymiques sont dans la norme et l'asthénie qu'invoque le recourant est peu perceptible lors de l'examen. L'humeur n'est clairement pas déprimée. Même si le recourant semble marcher avec difficultés, le sous-jacent ne semble pas être psychique. Face à un trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique, l'éventualité d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant doit être évoquée. Toutefois, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. L'état psychique du recourant est loin d'être cristallisé en l'absence de raréfaction des relations sociales ou familiales et de diminution uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence. Un trouble spécifique de la personnalité incapacitant (F60) ne peut être retenu au vu de l'investissement personnel du recourant dans les affaires de ses filles, de sa fondation ou de son propre dossier médical qui témoigne de nombreuses ressources perceptibles au quotidien. Enfin, une étiologie psychogène (F45.4) se heurte à la cohérence, respectivement à l'absence de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence du recourant. En définitive, il n'y a pas de limitation psychiatrique à une reprise d'activité professionnelle adaptée aux difficultés algiques.

Le rapport d'expertise ne procède pas à une comparaison de l'état de santé du recourant entre le 17 décembre 2003 et le 20 juin 2017. En revanche, il prend en compte l'anamnèse, les plaintes du recourant et l'examen clinique de celui-ci. Il explique pourquoi il considère que certains troubles sont incapacitants dans l'activité antérieure de cuisinier et entraînent des limitations fonctionnelles, respectivement une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il explique également pourquoi il ne retient pas l'existence d'un SPP en l'absence d'une récurrence tardive d'une parésie. Il ne présente pas d'incohérences. En revanche, bien que l'intimé ait demandé aux experts de préciser quel est le taux de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée et depuis quand ladite incapacité existe, le rapport d'expertise ne précise pas depuis quand la capacité de travail est de 100 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, au vu du sort du litige, il faut admettre que ce point n'est pas déterminant et que le rapport d'expertise remplit les conditions permettant de lui reconnaître une valeur probante sur les autres questions.

Le recourant ne conteste pas à proprement parler la valeur probante dudit rapport d'expertise. Notamment, il considère qu'il ne souffre pas de troubles psychiques. En revanche, il reproche aux experts de ne pas avoir comparé son état de santé, respectivement sa capacité de travail par rapport à la situation prévalant lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité en décembre 2003. Force est de constater que le questionnaire à l'attention des experts ne pose aucune question à ce sujet et que le recourant, bien qu'il ait reçu une copie dudit questionnaire avant l'expertise n'a pas saisi l'opportunité de poser des questions complémentaires aux experts quant à l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail depuis le 17 décembre 2003. Par conséquent, cet argument ne suffit pas pour ôter toute valeur probante à l'expertise.

En revanche, plusieurs médecins du recourant, à savoir le Dr X_____ dans son rapport du 24 septembre 2017, la Dresse Z_____ dans son rapport du 3 octobre 2017 et le Dr O_____ dans son rapport du 10 octobre 2017 contestent les conclusions des experts en tant qu'elles ne retiennent pas un SPP. Or, le rapport d'expertise explique que la discrète atrophie sans parésie ne correspond pas au SPP en l'absence de récurrence tardive d'une parésie suite à une poliomyélite qui a récupéré. De plus, faute de déficit de la force, il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique. Lors de son expertise neurologique du 9 mai 2017 et après nouvelle ENMG pratiquée le même jour, le Dr R_____ constate une atteinte axonale quadricipitale droite chronique compatible avec des séquelles de poliomyélite, une aréflexie rotulienne droite et une hypomyotrophie de la cuisse droite, sans net déficit de la force. Il fait état d'atypies, notamment une pseudo-parésie et des troubles sensitifs mal systématisés, alors que s'il s'agit de séquelles de poliomyélite, aucun trouble sensitif n'est attendu. Les plaintes actuelles sont diffuses, mal systématisées et ne peuvent en aucun cas être expliquées par une éventuelle atteinte motrice au membre inférieur droit, qui est

minime et caractérisée par une discrète atrophie mais sans parésie. Ces explications ne sont pas contredites par les rapports susmentionnés puisque leurs auteurs ne mentionnent pas de parésie, respectivement une récurrence de celle-ci, ne mettent pas en évidence de déficit de la force et n'expliquent pas en quoi ce syndrome entraînerait une incapacité de travail dans une activité adaptée. Par conséquent, les prises de position de ces médecins ne permettent pas de douter de la valeur probante du rapport d'expertise du 20 juin 2017 sur la question du SPP.

12. Il convient ensuite de comparer la situation médicale prévalant en décembre 2003 avec celle faisant l'objet de l'expertise.

Lors de l'expertise du 8 septembre 2003 sur laquelle s'est basée l'intimé pour accorder la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 1999 par décision du 17 décembre 2003, les experts ont admis que seuls les troubles psychiques, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques entraînaient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué une amyotrophie de la cuisse droite d'origine incertaine, une anomalie de la charnière lombo-sacrée (vertèbre transitionnelle) et des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire.

Dans l'expertise du 20 juin 2017, les experts ne retiennent au contraire aucun trouble psychique incapacitant et admettent une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en raison essentiellement de la bascule du bassin avec troubles statiques à convexité droite, de l'anomalie de transition avec hémilombalisation de S1, ainsi que de l'aggravation des troubles des épaules et du poignet droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent notamment un axonotmesis chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, un épisode dépressif léger, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anomalie de transition lombaire avec probable hémilombalisation gauche de S1, des discopathies L4-L5 et L5-S1 discrètes, une protrusion discale L4-L5 foraminale et extra foraminale sans compression radiculaire, des cervicalgies communes, une discrète arthrose cervicale débutante et un antécédent d'épicondylite gauche.

Aussi, en admettant que l'incapacité de travail du recourant est de 50 % dans une activité adaptée au jour de l'expertise contre 100 % en 2003, les experts semblent admettre une amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement des incidences de celui-ci sur sa capacité de travail. Or ils justifient l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée par la chronicité des lombalgies, l'aggravation des troubles des épaules et du poignet droit, soit par une aggravation de l'état de santé somatique du recourant par rapport à l'expertise de 2003 qui ne posait aucun diagnostic incapacitant sur le plan physique. En revanche, les experts ne retiennent aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychique, tout en posant les diagnostics d'épisode dépressif léger et de syndrome douloureux somatoforme persistant, alors qu'en 2003, ils considéraient que les douleurs et lésions somatiques

auxquelles elles étaient censées être liées camouflaient une souffrance psychique, à savoir un trouble somatoforme douloureux auquel s'associait un trouble mixte de la personnalité. Par conséquent, il y a lieu de déterminer s'il y a une nette amélioration de l'état de santé psychique du recourant ou s'il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un état de santé inchangé.

Lors de l'expertise de 2003, les experts ont constaté que l'évaluation clinique était parasitée par un comportement douloureux se manifestant par des rictus, des expressions verbales, des tremblements ou encore de co-contractions musculaires volontaires. L'expert psychiatre a mis en évidence une sensibilité excessive à la critique, un caractère méfiant voire interprétatif, une symptomatologie thymique avec irritabilité marquée, une certaine impulsivité et des troubles du sommeil.

Lors de l'expertise du 20 juin 2017, les experts mettent également en évidence des incohérences et l'adoption d'un comportement douloureux assez marqué surtout lors de la mobilisation du membre inférieur droit avec tremblements et soupirs. L'expert psychiatre observe quelques aspects procéduriers et démonstratifs d'intensité légère. Il ne fait pas état de troubles du sommeil, alors que le recourant se plaint de perte de sommeil avec réveils trois à quatre fois par nuit, d'asthénie importante et de grande fatigue. En comparant les constatations cliniques, la seule amélioration concerne l'irritabilité et les troubles de la personnalité puisque l'expert ne constate plus de sensibilité excessive à la critique, ni de caractère méfiant voire interprétatif. Toutefois, en l'absence de traitement sur le plan psychique puisque le recourant nie tout trouble de cet ordre et en présence de troubles de la personnalité caractérisés notamment par des troubles de l'adaptation, on peine à comprendre que cette amélioration, qui ne peut pas être qualifiée de sensible, fasse passer l'incapacité de travail de 100 % à 0 %. En réalité, tout comme en 2003, l'état de santé du recourant est également caractérisé par un syndrome douloureux dans un contexte de cervicalgies, de lombalgies, ainsi que de douleurs aux épaules et au membre inférieur droit. Le seul élément qui change est la reconnaissance par les experts d'une incapacité de travail provoquée par les troubles physiques alors que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est un diagnostic d'exclusion. À ce propos, l'expertise retient également un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, ce qui confirme qu'il existe une situation mixte avec des diagnostics somatiques incapacitants qui n'expliquent que partiellement l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée et avec des douleurs qui ne sont pas expliquées par les constatations objectives des experts. Cependant, elle considère qu'il n'est pas incapacitant eu égard à l'absence d'état psychique cristallisé, des nombreuses ressources du recourant et à l'absence de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence du recourant. Pour arriver à cette conclusion, le Dr S_____ applique la nouvelle grille d'évaluation structurée applicable depuis le 3 janvier 2015 (ATF 141 V 281 consid. 3.6), alors qu'en 2003, les experts ont admis le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant sans procéder à une telle analyse. Toutefois, on peut se demander si son

évaluation prend réellement en compte les exigences de la jurisprudence. En effet, s'agissant du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, le rapport ne se prononce pas sur sa gravité, or cette atteinte peut présenter des degrés différents et notamment causer des limitations fonctionnelles ; selon la nouvelle jurisprudence, un degré de gravité minimal est même inhérent au diagnostic. En outre, le rapport ne contient pas d'éléments permettant de se prononcer sur le « complexe personnalité » du recourant dont il convient également de tenir compte afin de pouvoir évaluer le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Ce complexe englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). De plus, la jurisprudence plus restrictive permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 396 consid. 6.2.3), qui considérait que les données subjectives sur la douleur de la personne assurée n'étaient pas suffisantes pour justifier une invalidité mais exigeait la réalisation de certains critères dont notamment une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité, ne date que du 12 mars 2004, soit après la première expertise. Par conséquent, les experts ont procédé à une nouvelle appréciation du cas sur la base d'autres critères, dans un même contexte de trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique.

Par ailleurs, il n'existe pas de motif de révision du fait que l'état de santé du recourant s'est dégradé. En effet, même si non seulement une amélioration (considérable) de l'état de santé, mais aussi une détérioration de celui-ci peuvent justifier de réviser le droit à la rente et conduire à une réévaluation globale et complète du droit à la rente, une telle modification de l'état de santé n'est toutefois relevante sur le plan juridique que si elle affecte le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 5.2). Si tel n'est pas le cas, il n'y a pas de place pour une suppression de rente sur la base de l'art. 17 LPGA en raison de l'aggravation avérée de l'état de santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2017 du 7 novembre 2017 consid. 4.3). Or, dans le cas du recourant qui souffre d'un trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique, la modification de son état de santé a pour effet qu'une part de ses douleurs est désormais explicable par des éléments objectivables, soit des diagnostics somatiques, mais que l'autre part est toujours imputable à des éléments non objectivables, soit aux troubles psychiques qui ont justifié le droit à la rente entière. Par conséquent, une telle constellation ne justifie pas de procéder à une réévaluation globale du droit à la rente sans prendre en compte les évaluations antérieures.

En définitive, il n'existe aucun motif de révision au regard de l'art. 17 al. 1 LPGA.

13. Il reste encore à examiner si l'intimé était en droit de réviser la rente en application des dispositions finales de la sixième révision de la LAI, adoptée le 18 mars 2011.

a. En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la sixième révision de l'AI (premier volet) a introduit le 1^{er} janvier 2012 une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

b. Alors que pour la douleur somatogène, qui peut être mesurée en fonction d'un substrat organique, – il existe une relation de cause à effet scientifiquement traçable de sorte que la limitation est spécifique –, pour la symptomatique somatoforme soumise à la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires (ATF 130 V 352), il n'y a pas de corrélation organique (suffisante) (ATF 139 V 547 consid. 7.1.19).

Tous les symptômes considérés ont en commun le fait que la pathogenèse - le mécanisme par lequel les altérations de la santé se produisent - est complètement inconnue ou au moins incertaine ; le mode d'action en tant que tel et son intensité ne peuvent être spécifiés (ATF 139 V547 consid. 7.1.3).

Dans un arrêt publié aux ATF 139 V 547, le Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales pouvait avoir lieu (cf. consid. 10). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« *ausschliesslich* ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte le syndrome somatoforme douloureux. Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014).

À l'ATF 139 V 547, le Tribunal fédéral a expressément précisé que pour réduire ou supprimer la rente, il était nécessaire qu'au moment de la révision, seul soit présent un symptôme peu clair. Il convient donc également d'examiner si l'état de santé

s'est aggravé pour le moins depuis l'octroi de la rente et si, outre les troubles non objectivables, un diagnostic clair ne peut pas désormais être posé sur la base des examens cliniques psychiatriques (consid. 10.1.2).

Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (CDF), valable dès le 1^{er} janvier 2012, les pathologies pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'examens cliniques et psychiatriques, comme les dépressions, la schizophrénie, les troubles compulsifs, les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité, ne font pas partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et les rentes octroyées à ce titre ne doivent donc pas être réexaminées en vertu des dispositions finales (ch. 1003 ; ATF 139 V 547 consid. 7.1.4).

La rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, la disposition finale s'applique aux plaintes combinées selon l'ATF 140 V 197, si l'on peut distinguer les plaintes peu claires et les plaintes « explicables » tant au niveau du diagnostic que des conséquences fonctionnelles. Une partie de la capacité de travail justifiée sur le plan organique ne peut être réévaluée, lors de l'application de la disposition finale, que s'il existe une modification au sens de l'art. 17 LPGA. À cet égard, dans le cadre de l'application de la disposition finale, il est dérogé au principe qui veut que, dans le cadre d'une révision matérielle, l'administration examine intégralement le droit à la rente d'un point de vue des faits et du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.2).

Dans les situations où cette distinction n'est pas possible et où l'on ne peut pas déterminer sur quelle base la rente initiale a été allouée (situation mixte), l'applicabilité de la disposition finale (conduisant dans ce cas à un réexamen intégral) est déterminée de la manière suivante : si (au moment de l'octroi et/ou de la révision de la rente) des troubles organiques ou psychiques indépendants du syndrome sans pathogenèse claire existent parallèlement à celui-ci, la disposition finale n'est pas applicable lorsque l'atteinte à la santé supplémentaire (« indépendante ») contribue de manière indépendante à l'incapacité de travail significative, respectivement a donné droit à la rente (cf. également arrêt 9C_308/2013 du 26 août 2013 E. 5.1 et 5.2). Si elle ne fait que renforcer les effets des symptômes peu clairs, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1

des dispositions finales reste possible (arrêts du Tribunal fédéral 9C_620/2016 du 9 mars 2017 et 9C_121/2014 précité, consid. 2.6).

c. La réduction ou la suppression de la rente selon la let. a al. 1 des dispositions finales n'est pas limitée aux rentes octroyées avant le 1^{er} janvier 2008, date à laquelle l'art. 7 al. 2 LPGA est entré en vigueur et a ancré dans la loi l'exigence jurisprudentielle selon laquelle l'incapacité de gain doit être insurmontable afin de pouvoir donner droit à une rente. Par contre, si l'octroi de la rente tenait déjà compte de la jurisprudence relative à cette exigence, introduite le 12 mars 2004 par le Tribunal fédéral, il n'est pas possible de réexaminer le droit à la rente au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment 2.2.1.3).

Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

Pour calculer depuis combien d'années la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le « moment de l'ouverture de la procédure de révision », pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'OAI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

14. En l'espèce, le recourant n'avait pas atteint l'âge de 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification légale, le 1^{er} janvier 2012. Au surplus, en avril 2012, lorsque la procédure de réexamen a été ouverte, cela faisait douze ans et huit mois – et ainsi moins de quinze ans – que le recourant touchait une rente d'invalidité, la rente initiale ayant été versée à compter du 1^{er} septembre 1999. Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, de sorte que le recourant faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

L'expertise de la CRR du 8 septembre 2003 pose les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi que de trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques.

Les experts ont toutefois précisé qu'au trouble somatoforme s'associait une atteinte plus grave, à savoir un trouble mixte de la personnalité et qu'en raison de ses troubles psychiques, le recourant n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. Dans son rapport du 3 novembre 2003, le SMR a considéré que l'incapacité de travail totale était justifiée par un trouble de la personnalité qui avait entraîné des difficultés personnelles et professionnelles manifestes depuis 1988 déjà.

Dès lors, la rente entière en cours jusqu'au 30 septembre 2018 n'est pas basée exclusivement sur un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires, mais également sur un diagnostic de trouble mixte de la personnalité, qui est même prédominant quant à la justification de l'incapacité de travail et qui, au surplus, ne fait pas partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires (cf. CFD ch. 1003). Pour ce premier motif, les conditions de la let. a al. 1 des dispositions finales ne sont pas applicables.

Par ailleurs, le recourant souffre actuellement en sus d'un syndrome somatoforme douloureux, d'une déchirure partielle non transfixiante du supra-épineux droit avec tendinopathie de l'infra-épineux et bursite sous-acromiale, d'une tendinopathie du supra-épineux gauche, d'une arthrose radio-scaphoïdienne au poignet gauche débutante en rapport avec un antécédent de fracture du scaphoïde opéré, d'une variance ulnaire positive des deux côtés avec douleurs ulnaires à gauche, ainsi que de lombalgies chroniques possiblement d'origine statique en rapport avec une inégalité de longueur du membre inférieur droit de deux centimètres avec bascule du bassin à droite. Ces divers troubles organiques justifient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée.

Dès lors, au moment de la révision, il ne subsiste pas exclusivement un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, mais également des atteintes à la santé supplémentaires organiques – indépendantes du syndrome sans pathogenèse claire – qui existent parallèlement à celui-ci et contribuent de manière indépendante à l'incapacité de travail. Pour cette seconde raison, la disposition finale n'est pas applicable dans ce cas de figure.

Aussi, l'intimé ne pouvait-il pas, sur la base de cette disposition, remplacer le droit du recourant à une rente entière d'invalidité par un droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018.

Pour le surplus, on ajoutera que la décision initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité n'apparaît pas manifestement erronée, de sorte qu'une reconsidération de cette décision au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne se révèle pas non plus justifiée, étant rappelé que la jurisprudence rendue depuis lors sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352) ne permet pas de révoquer des rentes en cours (cf. ATF 135 V 215 consid. 6 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 138/07 du 25 juin 2007 in SVR 2008 IV no 5 p. 12 consid. 4).

Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à la reprise du versement de sa rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018. Cette issue rend superflue l'analyse des autres griefs qu'il soulève.

15. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours et d'annuler les décisions du 16 août 2018 au sens des considérants.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et

dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les admet et annule les décisions du 16 août 2018 en tant qu'elles suppriment le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé .
5. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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