

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3540/2010

ATAS/689/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juillet 2011

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié aux Acacias, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yves RAUSIS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après: l'assuré), né en 1954, de nationalité portugaise, arrivé en Suisse en 1981, a travaillé depuis 1994 à l'entretien technique auprès de X_____ (SUISSE) S.A. à plein temps.
2. A la suite d'un accident, l'assuré a présenté une rupture de la coiffe des rotateurs au bras droit, nécessitant une acromioplastie avec suture de la coiffe en novembre 2003.
3. L'évolution n'a pas été favorable, avec la persistance d'un syndrome douloureux affectant les régions scapulaires et brachiales droites.
4. Le 19 mai 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI).
5. Par rapport du 4 juin 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a notamment diagnostiqué un impingement 3 avec acromion type 3 de l'épaule droite et une déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite opérée le 26 novembre 2003. L'assuré présentait aussi des douleurs à l'épaule gauche. Il était trop tôt pour parler d'une consolidation et l'activité était exigible à mi-temps.
6. Dès le 28 juin 2004, l'assuré a repris son activité à plein temps.
7. Par rapport du 12 octobre 2004, le Dr A_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 21 août 2004. L'assuré présentait un état dépressif réactionnel en relation avec la pathologie de l'épaule droite et les arrêts de travail.
8. Le 1^{er} février 2005, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, a constaté une lésion du nerf sus-scapulaire au défilé spino-glénoïdien au bras droit.
9. Le 30 mars 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à 100%, sans usage en force et répétitive du membre supérieur droit, avec une baisse de rendement.
10. Le 23 août 2005, l'assuré a été opéré pour une rerupture de la coiffe des rotateurs.
11. Par avis du 22 septembre 2005, le Dr D_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a conclu, au vu des rapports, qu'en raison d'un impingement 3 avec acromion type 3 de l'épaule droite et déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite opérée le 26 novembre 2003, l'assuré ne pouvait plus exercer son métier antérieur depuis le 31 août 2004, mais que son aptitude à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit le port de charges de plus de 5 kg, un usage en force et répétitif du membre supérieur droit, et le travail au-dessus du

niveau de la tête avec les bras, était totale. L'état dépressif était réactionnel, donc temporaire, et son ampleur ne suffisait pas à solliciter l'avis d'un spécialiste selon le médecin traitant.

12. Par rapport du 18 novembre 2005, le Prof. E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a noté des difficultés pour utiliser le membre supérieur droit pour les mouvements en force et répétitifs. La situation s'améliorait. Il ne pensait pas que l'assuré puisse dans l'avenir réintégrer une place de travail nécessitant l'utilisation de son bras, ce pendant les deux ans à venir.
13. Par rapport du 22 décembre 2005, les Dresses F_____, G_____ et Anne-Françoise ALLAZ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ont constaté des omalgies droites chroniques sur rupture de la coiffe des rotateurs et lésion du nerf sus-scapulaire au défilé spino-glénoïdien, un status post-acromioplastie de l'épaule droite en 2003 et 2005. Elles ont indiqué que les douleurs altéraient la thymie et le sommeil de l'assuré. Il était triste, irritable, et fatigué.
14. Le 16 décembre 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien débutant à droite.
15. Par rapport du 24 février 2006, le Dr A_____ a noté que l'état était stationnaire. Malgré l'intervention, les douleurs persistaient, empêchant l'exercice de l'activité habituelle. Il n'y avait pas de restriction dans une activité adaptée.
16. Le 1^{er} septembre 2006, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale au bras droit, soit une ré-arthroscopie et une bursoscopie (section du long chef du biceps).
17. Par rapport du 12 octobre 2006, le Dr A_____ a estimé qu'il était trop tôt pour connaître l'effet de l'opération. Les douleurs de l'épaule irradiaient vers la région cervicale, le bras et l'avant-bras droit. L'assuré suivait un soutien psychologique et un traitement antidépresseur. Vu son état algique, la capacité de travail résiduelle était inconnue.
18. Par rapport du 2 novembre 2006, le Prof. E_____ a indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire sans que l'assuré doive mobiliser son bras droit. Il était trop tôt pour exiger l'exercice d'une activité. Il pensait qu'une évaluation psychique pouvait être envisagée.
19. Par avis du 9 novembre 2006, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, a indiqué qu'à la suite de la dernière intervention, l'état n'était pas encore stabilisé en raison des douleurs persistantes. Par conséquent, la capacité de travail était nulle dans toute activité. La capacité de travail dans une

activité adaptée devait être évaluée dans six mois auprès du Prof. E_____ et du Dr A_____.

20. Par décision du 7 février 2007, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 31 août 2005 au 9 novembre 2006. L'incapacité de travail était totale dans toute activité pendant cette période. Suite à l'intervention chirurgicale du 1^{er} septembre 2006, une capacité de travail dans une activité adaptée serait envisageable après la période de convalescence. Par conséquent, l'instruction du dossier allait se poursuivre et la situation serait réévaluée à nouveau d'ici six mois.
21. Le 15 février 2007, l'OAI a initié une procédure de révision de rente.
22. Par rapport du 27 avril 2007, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Les douleurs persistaient, ainsi qu'une raideur de l'épaule droite douloureuse. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés à la mobilisation de l'épaule droite avec une diminution de la force. Il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a joint le rapport du Prof. E_____ du 30 janvier 2007, selon qui la situation n'évoluait pas de manière favorable, l'assuré souffrant toujours autant.
23. Par rapport du 12 juin 2007, le Prof. E_____ a expliqué que l'état de santé était resté stationnaire, voire s'était aggravé sur le plan notamment des douleurs. Les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient une rupture dégénérative du sus-épineux et du tendon du long chef du biceps de l'épaule droite. Il a confirmé les limitations fonctionnelles constatées par le médecin traitant. Il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée vu la présence des douleurs. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, il n'y avait pas de trouble psychique et un retour au travail n'était pas envisageable.
24. Vu les rapports médicaux, le SMR a estimé, par avis du 3 juillet 2007, que l'état de santé de l'assuré n'avait pas changé et que sa capacité de travail était toujours nulle, dans toute activité.
25. Par décision du 25 septembre 2007, l'OAI a maintenu l'octroi de la rente entière.
26. Par avis reçu le 27 septembre 2007 par l'OAI, le Dr H_____ a indiqué que s'il était clair que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, de manière définitive. S'agissant de la capacité résiduelle dans une activité adaptée, le Prof. E_____ ne répondait pas à la question dans son dernier rapport. A priori, l'existence de douleurs au bras droit pouvait être prise en compte comme causant une diminution de rendement de 25% dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr D_____. Cependant, il restait à évaluer l'importance des troubles psychiques, même si le Prof. E_____ estimait qu'il n'y en avait pas. Seule l'existence d'un trouble psychique grave pourrait faire obstacle à une réadaptation.

On ne pouvait donc pas encore se prononcer à défaut de rapport du médecin traitant.

27. Du 1^{er} au 15 février 2008, l'assuré a été hospitalisé auprès des HUG. Lors de son séjour, divers rapports ont été établis.

Par rapport du 4 février 2008, le Dr I_____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué, outre l'atteinte à l'épaule, des cervicalgies droites communes chroniques. Les cervicalgies troublaient profondément le sommeil de l'assuré. La douleur nocturne était insomnante, alors qu'en journée elle était tolérable. A l'anamnèse, il y avait les acouphènes apparus il y a quelques mois et une altération de la thymie, qui semblait à nouveau plus importante. L'assuré avait présenté des idées suicidaires il y a quelques années. Cela n'était pas le cas actuellement, mais l'assuré décrivait plusieurs symptômes de la lignée dépressive avec des répercussions non négligeables sur ses relations de couple. Le médecin a constaté un faciès triste, l'assuré étant plusieurs fois au bord des larmes. Il n'y avait pas de trouble statique notoire. Concernant l'épaule, en raison de la prédominance nocturne des douleurs et d'autres aspects évocateurs de sa douleur, une composante neurogène était possible, voire probable. Les cervico-dorsalgies semblaient avant tout un problème fonctionnel. L'assuré allait être adressé au Dr Raymond R_____, spécialiste en médecine générale et médecine manuelle, pour une évaluation. Par ailleurs, il était clair que l'assuré souffrait des conséquences de ses douleurs chroniques et en particulier de leur côté insomniant. Il se pouvait que le trouble thymique soit un des facteurs venant perturber l'évolution actuelle. Le médecin a demandé à ce que l'assuré soit examiné par le Dr J_____ pour une évaluation psychiatrique.

Selon un rapport de la Dresse K_____ du département de psychiatrie des HUG du 15 février 2008, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne (F33.11). Les douleurs physiques avaient eu une répercussion importante sur sa vie sociale et personnelle, engendrant un trouble dépressif modéré, traité par Citalopram. Depuis trois mois, il souffrait d'une cervicalgie, traitée par les Drs A_____ et I_____. Dans le cadre de sa maladie somatique, l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive, sous forme d'épuisement psychique, trouble du sommeil, un sentiment de tristesse et de désespoir face à l'avenir, raisons pour lesquelles différents psychotropes ont été essayés. Depuis huit mois, il se plaignait d'acouphènes bilatéraux, sous forme de bourdonnement et sifflement. Le psychiatre a constaté une thymie abaissée, l'assuré semblait découragé, un sentiment de malaise mal défini, une baisse de l'élan vital, une capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels en lien avec ses douleurs physiques, le sentiment d'être paralysé émotionnellement, un sommeil réduit et interrompu, moins de trois heures de sommeil si la douleur est intense. Il y avait une perte d'énergie, une fatigabilité ainsi que des pensées pessimistes quant à l'avenir proche.

Elle proposait de remplacer le Citalopram par du Remeron, un antidépresseur sédatif ayant une action rapide sur le sommeil.

Selon un rapport du 21 février 2008 établi par le Dr L_____ de l'unité de psychopharmacologie clinique des HUG, que l'assuré présentait des mouvements involontaires des jambes, à savoir une akathisie et un syndrome des jambes sans repos, qui pouvaient être dus aux médicaments prescrits.

28. En septembre 2008, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision de la rente.
29. Par rapport du 2 octobre 2008, le Dr A_____ a diagnostiqué une omalgie droite avec lésions associées du nerf sus-scapulaire et un état dépressif majeur récurrent. Aux douleurs à la mobilisation et au repos de l'épaule droite avec irradiations vers la main droite et la région cervicale côté droit, s'étaient ajoutées de fréquentes insomnies liées à l'état douloureux. Le médecin a constaté une diminution de la force au niveau du membre supérieur droit et une chronification de l'état de l'assuré. Le traitement servait avant tout à stabiliser l'état thymique de l'assuré dont l'état dépressif récidivant ne faisait aucun doute. L'incapacité de travail était totale en tant que nettoyeur et main-d'œuvre car ces activités provoquaient des exacerbations des douleurs. Il n'y avait pas de mesures de réadaptation à proposer.
30. Par rapport du 15 décembre 2008, le Prof. E_____ a indiqué que l'assuré avait des douleurs difficilement tolérables, exacerbées par une arthrose C2-C3, diagnostiquée le 21 novembre 2007. Les douleurs étaient constantes à l'épaule et à la nuque. Le pronostic était mauvais s'agissant de la reprise du travail, au vu des douleurs.
31. Par avis du 4 février 2009, le Dr H_____ a indiqué que l'évolution défavorable n'avait pas permis d'envisager la reprise dans une activité adaptée telle que suggérée dans l'avis SMR du 22 septembre 2005. Etant donné que les médecins ne se prononçaient pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il n'y avait pas de prise en charge psychiatrique, une expertise était justifiée.
32. Du 23 au 25 mars 2009, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique, neurologique et psychiatrique effectuée par le Dr M_____, expert principal, la Dresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, auprès de la clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR). Par rapport du 6 avril 2009, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur sa capacité de travail, un sévère conflit sous-acromial de l'épaule droite, sur status après trois interventions chirurgicales pour conflit sous-acromial et rupture partielle du tendon du sus-épineux, des cervicalgies sur discopathies étagées et un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un status

après fracture de l'index droit en 2001 et un probable conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

S'agissant de l'exigibilité sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, à savoir sans travaux lourds et répétitifs au niveau du membre supérieur droit, et sans travaux s'effectuant au-dessus de l'horizontal, tels que surveillant ou gardiennage, la capacité était de 80%. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 70% en raison de la fatigabilité accrue, du manque d'énergie en lien avec le trouble thymique et une adynamie. Ainsi, toutes pathologies confondues, la capacité de travail résiduelle était de 70%.

Le pronostic était difficile à établir. Sur le plan objectif, il était favorable, puisque l'assuré avait retrouvé une mobilité complète et une force symétrique au niveau de l'épaule droite. Par contre, dans le domaine subjectif, le syndrome algique, qui paraissait réel chez l'assuré collaborant, s'était avéré réfractaire à tous les traitements et les perspectives d'amélioration paraissaient limitées.

L'assuré a par ailleurs été évalué pendant deux jours sur deux activités effectuées dans les ateliers professionnels de la CRR. Par rapport du 23 mars 2009, il a été constaté que l'assuré est capable d'adhérer à un programme d'activités simples. Il n'y avait pas d'obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle, y compris une activité nécessitant un effort de concentration pendant au moins une heure. Le rendement et la qualité du travail étaient variables et l'assuré opposait une limite sur la durée par un comportement dolent et l'allégation de symptômes douloureux. Il semblait que c'était des facteurs non lésionnels, en particulier comportementaux, qui créaient un obstacle au retour à une activité professionnelle.

33. A la demande du SMR, la Dresse N_____ a répondu, par pli du 4 juin 2009, que la capacité de travail à 70%, correspondant à une perte de rendement de 30%, remontait au 1^{er} avril 2007 ; du 1^{er} au 15 février 2008, l'incapacité de travail avait été totale. Le Dr M_____ a également répondu que la capacité de travail exigible sur le plan somatique avait débuté six mois après la dernière intervention chirurgicale, soit dès le 1^{er} avril 2007 (courrier du 16 juin 2009).
34. Par avis du 7 juillet 2009, le Dr H_____ s'est rallié aux conclusions des experts de la CRR.
35. Du 9 novembre au 6 décembre 2009, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle (COPAI) auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI). Par rapport du 13 janvier 2010, il est relevé que l'assuré pourrait théoriquement occuper un emploi léger, sans port de charges et sans gestes répétitifs du membre supérieur droit dans le circuit économique normal. Cependant, un poste adapté aux limitations physiques présentées par l'assuré, droitier, sera extrêmement difficile à trouver dans le circuit économique normal. S'ajoutent à

cela les difficultés d'adaptation et d'apprentissage et son manque de volonté de réinsertion. L'assuré a donc une capacité de travail difficilement exploitable dans le circuit économique. Les atteintes ne permettaient pas d'effectuer des activités manuelles à long terme, de manière productive et exploitable. D'un point de vue cognitif, seules les activités manuelles simples, de type répétitif, lui seraient théoriquement accessibles. Les travaux de surveillance et de gardiennage ne sont pas accessibles ; les conditions d'engagement d'un agent de sécurité ou d'un gardien étant, avant tout, liées à une parfaite santé. De plus, l'assuré n'avait pas la volonté de se réinsérer sur le marché du travail, s'estimant trop handicapé pour cela. Toute tentative d'insertion professionnelle était vouée à l'échec.

A l'appui de ces conclusions, le Dr P_____, médecin conseil des EPI, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport le 8 janvier 2010, selon lequel la situation actuelle n'est pas compatible avec l'exercice d'une profession, même à temps partiel. Il était peu vraisemblable que la situation s'améliore suffisamment pour que les conclusions puissent être modifiées. Les douleurs empêchaient l'assuré d'exercer toute activité suivie, même très légère (alors que l'assuré était collectionneur de timbres, il avait complètement renoncé à s'occuper de sa collection, la douleur l'empêchant de classer ou de manipuler les timbres après quelques minutes). La dépression récurrente, moyenne en avril, était actuellement beaucoup plus active, avec des idées suicidaires très présentes et envahissantes. Le stage COPAI avait confirmé cet état de fait, montrant par ailleurs que son niveau ne lui permettait pas d'aborder les tâches du secteur tertiaire, qui seules seraient physiquement à sa portée.

36. Par avis du 8 juillet 2010, le Dr H_____ a estimé qu'il convenait de favoriser les constatations médicales sur l'avis des experts en réadaptation, sauf si l'assuré avait donné le meilleur de lui-même, ce qui ne semblait pas être le cas. Si une aggravation de l'état dépressif était possible, elle était vraisemblablement réactionnelle aux conclusions auxquelles étaient parvenus les experts de la CRR. Par conséquent, le rapport COPAI était parfaitement superposable à l'évaluation en atelier professionnel effectuée auprès de la CRR. Ainsi, dans le contexte d'un assuré ayant démontré sa volonté de ne pas s'engager dans une réadaptation et dont le trouble dépressif n'était pas considéré au printemps 2009 comme incapacitant dans une activité adaptée, il y avait lieu, faute de faits nouveaux, de conclure à une approche théorique, soit une capacité de 70% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2007.
37. Par rapport de réadaptation professionnelle du 13 juillet 2010, l'OAI a conclu à un taux d'invalidité de 56%, en comparant le revenu sans invalidité (77'328 fr. 61) au revenu avec invalidité, avec un abattement de 20% (34'295 fr.).
38. Par projet de décision du 27 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de remplacer sa rente entière par une demi-rente.

39. Par décision du 15 septembre 2010, l'OAI a confirmé la réduction de la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
40. Par acte du 18 octobre 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il fait notamment valoir que contrairement à ce qu'indique l'intimé, les conclusions du COPAI ne sont pas superposables à celles émanant des ateliers professionnels de la CRR. Il souligne que selon les conclusions du COPAI, son atteinte ne lui permet pas d'effectuer des activités manuelles à long terme de manière productive et exploitable. Il ajoute que le rapport du COPAI mentionne toutefois qu'il ne porte pas de lunettes, alors que tel n'est pas le cas. Il conteste par ailleurs les appréciations de l'expert neurologue de la CRR, qui n'a pas trouvé de cause pour expliquer ses douleurs. Le recourant rappelle qu'il est suivi depuis plusieurs années par plusieurs spécialistes. Il ajoute qu'il ne s'est jamais opposé aux mesures qui lui ont été proposées et qu'il a toujours été coopérant, contrairement à ce que laisse entendre l'intimé. En outre, il ressort des rapports médicaux que sa dépression s'est aggravée et que des douleurs à l'épaule gauche sont apparues.
41. Par pli du 23 novembre 2010, le recourant a transmis une attestation du Dr Q_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, selon laquelle le recourant nécessite le port de lunettes, à la fois de loin et de près.
42. Par réponse du 6 janvier 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il relève que le rapport d'expertise a pleine valeur probante ; que le recourant avait fait preuve d'un manque de motivation pendant son stage aux EPI et que les données médicales doivent l'emporter sur les constatations faites à l'occasion d'un stage professionnel. Étant donné que le recourant présente 70% de capacité de travail dans une activité adaptée, son état de santé s'est nettement amélioré depuis l'octroi de la rente. Quoi qu'il en soit, la décision du 7 février 2007 était erronée puisqu'elle limitait l'octroi de la rente au 9 novembre 2006, alors que le recourant était toujours en incapacité de travail totale.
43. Par écriture du 16 février 2011, le recourant persiste dans ses conclusions. Il fait valoir que l'on ne peut écarter les conclusions des médecins qu'il a consultés et préférer celles des experts ; à cet égard il sollicite un rapport médical complémentaire apte à lever toute ambiguïté. Par ailleurs, il est d'avis que dans le cadre de la présente procédure, il n'y a pas lieu de reconsidérer la décision du 7 février 2007.
44. Par pli du 16 mars 2011, l'intimé persiste également dans ses conclusions.
45. Après avoir transmis une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 15 septembre 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à remplacer, par voie de révision, la rente entière par une demi-rente.
5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré

d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

A cet égard, à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

Il n'y a cependant 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) Le juge peut, cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision initiale d'octroi de rente était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance considérable (ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369). Le principe général du droit des assurances sociales selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable a été en effet consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA. Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation

dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2).

6. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de

l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. Karl Abegg, Coup d'oeil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in RCC 1985, p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss 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. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

9. En l'occurrence, l'intimé justifie la réduction de la rente allouée au recourant par le fait que son état de santé se serait amélioré au point qu'il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%, ce que conteste le recourant.

La Cour de céans constate que la décision de révision du 25 septembre 2007, qui a prolongé l'octroi de la rente entière accordée par décision du 7 février 2007, a été rendue après instruction auprès des médecins. Par conséquent, c'est la décision du 25 septembre 2007 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen de la modification de l'état de santé du recourant. Seront dès lors comparés les faits tels qu'ils se présentaient au 25 septembre 2007 avec ceux qui prévalaient au 15 septembre 2010, date de la décision litigieuse.

A la date du 25 septembre 2007, le recourant présentait des atteintes à l'épaule droite, l'empêchant d'exercer toute activité (rapport du SMR du 3 juillet 2007).

Dans le cadre de la procédure de révision initiée en septembre 2008, les experts de la CRR, mandatés par l'intimé, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un sévère conflit sous-acromial de l'épaule droite, des cervicalgies sur discopathies étagées et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Ils ont estimé qu'en raison des affections présentées par le recourant, sa capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée (rapport d'expertise du 6 avril 2009). A la suite d'un stage COPAI effectué du 9 novembre au 6 décembre 2009, il a été constaté que les capacités résiduelles du recourant sont difficilement exploitables avec un emploi dans le circuit économique ordinaire (rapport du 13 janvier 2010).

S'agissant de la capacité de travail du recourant, la Cour de céans constate que l'intimé a fixé la capacité résiduelle de travail du recourant, soit 70% dans une

activité adaptée, en se fondant uniquement sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 6 avril 2009 par les médecins de la CRR, à l'exclusion de l'appréciation professionnelle effectuée le 13 janvier 2010 par le COPAI. Pourtant, les conclusions du COPAI - selon lesquelles les atteintes présentées par le recourant ne lui permettent pas d'effectuer des activités manuelles à long terme, de manière productive et exploitable - sont corroborées par celles de son médecin-conseil, le Dr P_____, pour qui la situation n'est pas compatible avec l'exercice d'une profession, même à temps partiel (rapport du 8 janvier 2010), par celles du Prof. E_____ (rapport du 15 décembre 2008) ainsi que par celles du Dr A_____ (rapport du 2 octobre 2008). S'il ressort certes des pièces versées au dossier que dans le cadre de l'évaluation professionnelle effectuée auprès de la CRR, le recourant a opposé une limite sur la durée par un comportement dolent et l'allégation de symptômes douloureux (rapport du 23 mars 2009), il n'en demeure pas moins que les experts médicaux de la CRR ont constaté que le recourant souffre d'un sévère conflit sous-acromial de l'épaule droite et que le syndrome algique paraît réel chez le recourant, qui est de surcroît collaborant (rapport d'expertise du 6 avril 2009, page 12). Se pose dès lors la question de savoir si les plaintes et le manque d'engagement reprochés par les experts professionnels de la CRR, ne doivent pas plutôt être mis sur le compte des atteintes à la santé que présente le recourant, ce d'autant plus que lors de son stage aux EPI, qui a duré vingt jour, le recourant n'a été absent qu'une fois.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de constater que les conclusions du COPAI, loin de compléter les données médicales fournies par les experts médicaux de la CRR quant à la capacité de travail exigible de la part du recourant, divergent totalement de celles-ci ainsi que des appréciations émises par les spécialistes des ateliers professionnels de la CRR, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer en l'état du dossier.

Qui plus est, il résulte du rapport du Dr P_____ daté du 8 janvier 2010 que la dépression - diagnostiquée en tant qu'épisode moyen en avril 2009 par la Dresse N_____ - est devenue plus active, le recourant présentant des idées suicidaires envahissantes. Si le Dr P_____ n'est certes pas spécialiste en psychiatrie, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait retenir, sans autre instruction et comme l'a fait le Dr H_____ du SMR dans son avis du 8 juillet 2010, que l'aggravation possible de l'état dépressif serait vraisemblablement réactionnelle aux conclusions émises par les experts de la CRR. Ce d'autant plus que le Dr I_____ a noté que le recourant avait déjà présenté des idées suicidaires il y a quelques années (rapport du 4 février 2008), élément important qui ne ressort cependant pas du rapport établi par la Dresse N_____.

Enfin, alors que le recourant a été adressé en février 2008 au Dr R_____ pour une évaluation des cervico-brachialgies (rapport du Dr I_____ du 4 février 2008), l'intimé n'a pas demandé à connaître ses conclusions.

En pareilles circonstances, vu l'absence de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant au 15 septembre 2010, ni, partant, effectuer une comparaison avec la situation prévalant au moment du maintien de la rente (décision du 25 septembre 2007). Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale orthopédique et psychiatrique. En cas de nécessité, un nouveau stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé compte tenu de ses limitations fonctionnelles posées médicalement, sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une décision.

Il est par ailleurs précisé que, dans l'intervalle, le recourant a droit au maintien de sa rente entière.

10. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. Eu égard à l'issue du litige, l'intimé versera au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens et s'acquittera d'un montant de 500 fr. correspondant à l'émolument de justice.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'intimé du 15 septembre 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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