

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3769/2007

ATAS/1104/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 8 septembre 2009**

En la cause

Monsieur O\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur O \_\_\_\_\_, né en 1964, est arrivé en Suisse en 1983. Il travaillait comme préparateur de commandes chez X \_\_\_\_\_ et comme machiniste chez Y \_\_\_\_\_ & Cie SA (ci-après Y \_\_\_\_\_) jusqu'au 24 mars 1991, date à laquelle il avait cessé toute activité lucrative. Le 25 août 1992, il a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande de prestations visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.
2. Dans un rapport du 2 octobre 1992, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et neurochirurgie et médecin traitant, avait posé les diagnostics de status après discotomie L4-L5 droite et après réintervention pour fibrose à l'Hôpital Cantonal en 1991 et pour lombosciatique droite persistante.
3. Par décision du 1<sup>er</sup> avril 1993, l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 octobre 1992 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 1992.
4. Interrogé par l'OCAI lors de la révision du dossier, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué, le 4 juin 1998, que son patient avait supporté jusqu'ici le travail à mi-temps avec des poussées de lombosciatique droite surtout matinales et qu'il présentait une sensibilité particulière à la météorologie ainsi qu'à l'effort.
5. L'assuré a été informé le 15 juin 1998 que la demi-rente était maintenue.
6. L'assuré, qui travaillait à 50% en qualité de magasinier-chauffeur pour Y \_\_\_\_\_, a été victime d'un accident (chute sur le poignet gauche) le 4 décembre 2000. Il a été opéré en février 2001 d'une pseudarthrose du pôle proximal du scaphoïde gauche, fracturé lors de l'accident. Le cas a été pris en charge par la SUVA. Dans un rapport du 30 août 2001, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a estimé que l'incapacité de travail était de 100% à compter du 20 février 2001. Dans un rapport du 18 septembre 2001, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et que sa capacité de travail était nulle depuis le 4 décembre 2000.
7. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2002, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2001.
8. Une nouvelle révision du dossier a été initiée en juin 2002 par l'OCAI, dans le cadre de laquelle le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué, le 10 juin 2002, que l'état de santé s'était amélioré tout en précisant que le pronostic qui devrait être favorable, restait réservé pour l'instant.

9. Dans un rapport du 21 juin 2002, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il y avait un "discret mieux", mais que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle dans toute activité lucrative en raison des atteintes dorso-lombaires, de la lombosciatique droite et de la fracture du scaphoïde du poignet gauche.
10. Le 4 juillet 2002, l'OCAI a informé l'assuré du maintien de sa rente entière.
11. L'assuré a séjourné, du 22 octobre au 19 novembre 2002, à la Clinique romande de réadaptation. Les médecins ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de fracture du pôle proximal du scaphoïde gauche le 4 octobre 2000, de cure de pseudarthrose itérative par vissage le 20 février 2001, puis par lambeau osseux pédiculé de Zaidenberg le 9 octobre 2001, de cure de De Quervain et styloïdectomie radiale gauche le 29 juillet 2002 et de lombalgies chroniques.

Les médecins ont signalé que les douleurs du poignet gauche irradiant jusqu'à la nuque étaient déclenchées par le serrement d'objets, le port de charges supérieures à un kilogramme, les mouvements de flexion-extension et surtout par l'inclinaison radiale du poignet. Par ailleurs, ils ont noté un important déconditionnement de l'épaule gauche vraisemblablement dû à l'immobilisation prolongée, avec une hypomyotrophie globale de la musculature et des hypertonies musculaires diverses.

12. Dans une note du 3 juillet 2003, le Dr C\_\_\_\_\_, généraliste et médecin-conseil de l'OCAI, a relevé qu'après les opérations lombaires pour hernie discale, l'assuré avait retravaillé comme magasinier à 50% dans une entreprise du bâtiment, que par la suite il avait subi une fracture du poignet qui l'avait rendu momentanément inapte à travailler et que l'évolution avait été favorable même s'il se plaignait encore de douleurs. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, le travail de magasinier à 50% n'était pas adéquat. Il proposait dès lors d'examiner si une activité à plein temps, mais mieux adaptée, légère, et qui permettrait d'éviter les mouvements trop répétitifs, serait possible.
13. L'assuré a été soumis à un stage COPAI au Centre d'intégration professionnelle du 10 novembre au 7 décembre 2003. Il résulte du rapport établi à l'issue du stage le 18 décembre 2003 que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 50% (50% de rendement sur un plein temps), dans un emploi pratique, permettant d'alterner les positions et ménageant le membre supérieur gauche (pas de travaux sériels), dans le circuit économique ordinaire. L'assuré pourrait travailler dans le domaine du contrôle dans l'industrie légère, du conditionnement léger ou de la surveillance (dans un musée par exemple). Il devait éviter les positions statiques prolongées (maintenir une certaine mobilité), le port de charges ainsi que les efforts violents ou répétés avec le membre supérieur gauche. Il a aussi été observé un rythme de travail moyen, il était donc préférable d'envisager un travail sur la journée mais avec un rendement diminué. Le stage a mis en évidence de bonnes

compétences manuelles (maîtrise des gestes, précision, coordination,...) et des capacités d'apprentissage permettant à l'assuré de suivre une mise au courant pratique en entreprise. Il n'a cependant pas été proposé d'autres mesures, l'assuré n'envisageant pas pour l'instant la reprise d'une activité professionnelle. Il souhaitait en effet d'abord une amélioration de son état de santé avant toute autre démarche.

14. Dans une attestation annexée au rapport COPAI et datée du 16 décembre 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé que les conclusions du stage COPAI étaient cohérentes avec l'état clinique présenté.
15. Par décision du 24 mars 2004, la SUVA a reconnu le droit de l'assuré à une rente correspondant à une incapacité de gain de 29% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.
16. Le 24 juin 2004, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains en retenant un revenu sans invalidité de 70'606 fr. et, comme activité adaptée, l'industrie manufacturière à raison de 50%, et obtenu, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 20%, le degré d'invalidité de 65,3%, ce qui donnait droit à un trois-quarts de rente.
17. Par décisions du 13 juillet 2004, l'assuré a ainsi été informé que la rente entière versée jusque-là était remplacée par un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.
18. L'assuré, représenté par Me Manuel MOURO, a formé opposition le 19 juillet 2004 à ladite décision. Le 16 novembre 2004, il a informé l'OCAI qu'il avait dû faire l'objet d'une nouvelle opération au poignet gauche le 26 août 2004.
19. Par courrier du 15 octobre 2004 adressé au mandataire, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne travaillait plus depuis le 5 février 2001 et qu'il en était bien incapable en raison des algies de son poignet gauche (algies et diminution de force) associées à des lombalgies. Selon le Dr A\_\_\_\_\_, une expertise pourrait être utile.
20. Dans un rapport du 30 novembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a répété que l'incapacité de travail était totale depuis le 20 février 2001.
21. Le 6 janvier 2005, ce médecin a admis que l'assuré pourrait probablement avoir une capacité de travail de 50% dans un poste adapté. Il a toutefois relevé que la question était de savoir en quoi consistait un poste adapté dans son cas. Il faudrait que l'activité épargne quasiment complètement le poignet gauche, puisqu'il présentait depuis le mois de mars 2003 des douleurs névromateuses sur les branches sensibles du radial qui n'avaient pas cédé à une neurolyse pratiquée en août 2004. La stimulation transcutanée (TENS) était mal supportée par le patient et entraînait des douleurs plus vives. Une dénervation du carpe n'était pas indiquée dans la mesure

où les douleurs n'étaient vraisemblablement pas de nature mécanique et qu'une dénervation dorsale avait déjà été effectuée lors de l'intervention sur le scaphoïde. L'assuré portait à la demande une attelle qui n'avait que peu d'effet sur les douleurs neurogènes. Le traitement actuel était principalement médicamenteux.

22. Par décision du 12 avril 2005, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision de rente du 24 mars 2004.

En revanche, l'atteinte à l'intégrité a été estimée à 25%, soit 10% de plus qu'initialement retenu.

23. L'assuré a produit un courrier du Dr E \_\_\_\_\_, médecin adjoint à Belle-Idée, service de la consultation du sommeil, daté du 18 août 2004, aux termes duquel les apnées du sommeil suspectées après l'oxymétrie ambulatoire étaient confirmées et permettaient de comprendre la fatigue et l'insomnie dont il se plaignait.

24. Interrogé par le Dr C \_\_\_\_\_, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé, le 7 septembre 2005, que la force de la main gauche était très diminuée, que l'assuré présentait des algies le long du membre supérieur jusqu'à l'épaule gauche et la région cervicale, et que cette main gauche était donc inutilisable. Il présentait en outre des algies lombaires qui se manifestaient même à la marche. Le Dr A \_\_\_\_\_ a ainsi déclaré que l'assuré était incapable d'utiliser sa main pour un travail prolongé car la force n'avait pas été récupérée, l'algie du membre supérieur gauche partait de la base du pouce gauche et irradiait le long du membre supérieur jusqu'à l'omoplate. Un essai d'utilisation de la main gauche ne durait qu'un temps très limité. De plus, une algie du membre inférieur droit irradiait jusqu'au gros orteil droit lorsque l'assuré s'appuyait sur ce membre inférieur, ce qui rendait la marche difficile. Quant à l'algie lombaire droite, elle était très nette avec souvent des difficultés à se redresser surtout lorsqu'il avait été assis un certain temps. Il avait parfois un blocage du mollet droit à la défécation ou à la toux.

25. L'OCAI a mandaté le Prof. F \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, pour expertise afin de déterminer si l'état de santé était actuellement similaire à celui de 2002, s'il s'était amélioré ou péjoré et le cas échéant, de quelle manière.

L'expert a établi son rapport le 28 novembre 2006 et a retenu des lombosciatalgies de type S1, à droite, chroniques, un status post-cure de hernie discale L4-L5, en 1992 et 1993, pour sciatique droite récidivante, une discopathie L4-L5 modérée et une arthrose inter-apophysaire lombaire basse, des troubles de la statique (bascule du bassin et renversement postérieur du tronc, avec hypercyphose dorsale), des séquelles d'une dystrophie de croissance vertébrale (Scheuermann), une lyse isthmique L5 bilatérale stable, des douleurs résiduelles au poignet gauche, suite à une fracture non déplacée du scaphoïde, un probable syndrome d'amplification des plaintes, une obésité, un status post-fracture du pied gauche, de la rotule gauche et du poignet droit, un status post-hémorragie digestive cataclysmique en 2000, des

céphalées de tension, une épaule droite douloureuse, de type périarthrite, une apnée du sommeil, un antécédent de lithiase urinaire et une allergie aux pollens.

Une activité professionnelle lourde devrait être évitée en tenant compte de l'ensemble des pathologies de l'assuré. Une activité professionnelle légère, sans mouvements répétitifs fréquents en prosupination ou en flexion-extension du poignet et sans mouvements de force, devrait être possible à 80%, voire plus, en fonction de l'activité professionnelle, qui pourrait être chauffeur de taxi, aide-vétérinaire pour petits animaux (avec mise à niveau à cause d'un arrêt de 25 ans), pour toutes les activités de bureau, de vente (par exemple de voitures ou d'appareils électroménagers, pouvant satisfaire le besoin de contacts humains), etc... Selon l'expert, la réussite de ces projets dépendait de la motivation de l'assuré qui était au bénéfice d'une rente AI depuis plus de dix ans et probablement d'une indemnisation par la SUVA, situation relativement ambiguë, l'assuré présentant une vie familiale et sociale normale, avec éléments hautement évocateurs d'un syndrome d'amplification des plaintes.

A la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, le Prof. F\_\_\_\_\_ considérait que l'assuré devrait maigrir et effectuer régulièrement les exercices de gymnastique d'hygiène vertébrale qui lui avaient été enseignés et recommandait un soutien psychologique afin qu'il puisse reprendre confiance dans ses capacités physiques pendant la phase de remise au travail.

S'agissant de déterminer si l'état de santé était actuellement similaire à celui existant en 2002, l'expert a déclaré que du point de vue subjectif, l'assuré ressentait plus de douleurs dans la région lombaire et dans le membre inférieur droit ainsi qu'au membre supérieur gauche, qu'en 2002. Selon lui, l'examen clinique actuel comparé aux examens décrits dans les rapports précédents permettait cependant de conclure à une amélioration de la mobilité de la colonne cervicale qui était normale, une colonne lombaire qui avait actuellement une mobilité normale mais qui n'était pas mentionnée dans les rapports de la SUVA et une mobilité des épaules actuellement normale, inchangée. La mobilité du poignet était également inchangée par rapport à la description du rapport SUVA 2002, mais améliorée par rapport à celle faite en 2003. Les examens radiologiques du poignet gauche 2006 et de l'imagerie par résonance magnétique lombaire (IRM) 2006 étaient superposables aux examens précédents.

26. Dans une note du 12 décembre 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a ainsi constaté qu'il y avait une amélioration de l'état de santé en ce qui concernait les capacités fonctionnelles, qu'actuellement la capacité de travail était estimée au moins à 80% dans un poste adapté, mais qu'on ne savait pas quelle serait la motivation de l'assuré pour reprendre une activité vu la tendance à la majoration des symptômes.

27. Le 23 février 2007, la Division de réadaptation professionnelle de l'AI a procédé à une nouvelle comparaison des gains sur la base d'un temps de travail raisonnablement exigible de 80% et tenant compte d'une réduction supplémentaire de 20% dans le cadre de la détermination du revenu avec invalidité. Le revenu sans invalidité a été calculé sur la base des informations obtenues de Y\_\_\_\_\_ le 22 février 2007 et du revenu accessoire, que l'assuré aurait obtenu en tant que préparateur de commande pour une boulangerie. Le degré d'invalidité était de 60,7%.
28. Par décision du 3 septembre 2007, l'OCAI a informé l'assuré que l'opposition était rejetée, le degré d'invalidité de 60,7% ouvrant le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité au sens de l'art. 28 LAI.
29. L'assuré, représenté par Me MOURO, a interjeté recours le 5 octobre 2007 contre ladite décision, sollicitant le maintien d'une rente entière d'invalidité. Il conteste la valeur probante de l'expertise du Prof. F\_\_\_\_\_, souligne qu'aucun des médecins consultés jusqu'ici n'avait jamais relevé un quelconque signe de simulation et rappelle que l'état de son bras et de son poignet gauches est resté inchangé et que ses problèmes dorsaux se sont péjorés.
30. Le 16 novembre 2007, l'assuré a complété son recours. Il signale que pour rendre sa décision du 13 juillet 2004, l'OCAI s'est borné à se fonder sur le rapport du COPAI. Ce n'est ainsi que parce qu'il a formé opposition, qu'un expert a été mandaté. Il produit un rapport établi par la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, le 1<sup>er</sup> octobre 2007, qui relate de façon détaillée l'évolution de son état de santé et selon lequel il n'y a pas eu d'amélioration depuis l'octroi de la rente entière. Il souligne que le Prof. F\_\_\_\_\_ est le seul médecin à parler de simulation.

L'assuré conteste également le calcul du taux d'invalidité, plus particulièrement le chiffre retenu à titre de revenu sans invalidité. Dans sa première évaluation, l'OCAI n'avait en effet pris en considération que le salaire qu'il aurait touché en 2003 chez Y\_\_\_\_\_, soit 70'605 fr. 67 pour un plein temps. Dans le cadre d'une deuxième évaluation, ce salaire avait été diminué à 69'694 fr., auquel il avait été ajouté un revenu complémentaire de 23'203 fr., omettant le fait que l'assuré travaillait les samedis et dimanches ainsi que tous les jours fériés, ce qui impliquait d'y ajouter 1'530 fr..

Le 13 décembre 2007, l'assuré a informé le Tribunal de céans qu'avant son invalidité, il exerçait en plus une troisième activité lucrative dans le domaine de la conciergerie à hauteur de 8'039 fr. 60 par année, ce qui portait son revenu sans invalidité à 103'378 fr. 60 (revenu Y\_\_\_\_\_ 70'606 fr. + revenu X\_\_\_\_\_ 23'203 fr. + jours fériés 1'530 fr. + revenu conciergerie 8'039 fr. 60). Il a

notamment produit un contrat de travail du 27 juin 1994, attestant du fait qu'il avait débuté son activité de concierge le 1<sup>er</sup> juillet 1994.

31. Dans sa réponse du 14 janvier 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que le rapport d'expertise du Prof. F\_\_\_\_\_ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Il y a joint un avis de la Dresse G\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) daté du 19 décembre 2007 et aux termes duquel les conclusions de la Dresse A\_\_\_\_\_ ont été infirmées tant par le COPAI que par l'expertise du Prof. F\_\_\_\_\_ qui a mis en évidence une amélioration de la symptomatologie objective, bien que d'un point de vue subjectif l'assuré affirme toujours le contraire. Selon elle, la Dresse A\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément clinique allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré ou d'une nouvelle atteinte.
32. Le 14 janvier 2008, l'assuré a transmis au Tribunal de céans copie de ses comptes individuels de cotisations AVS-AI. Il entend dénoncer la façon dont l'OCAI a procédé au calcul de son degré d'invalidité. Il considère même que, "réalisant, au stade de l'opposition, que le calcul était inexact, incomplet et que sa correction conduisait au maintien de la rente, l'Office cantonal AI semble s'être empressé alors même qu'il disposait d'un rapport COPAI complet, détaillé, probant et récent, de confier au Dr F\_\_\_\_\_ une expertise visant à évaluer la capacité de travail du recourant et susceptible de justifier à posteriori une décision manifestement erronée. C'est ce que l'expert consulté n'a pas manqué de faire en rendant, une année après s'en être vu confier le mandat, une expertise bâclée dont il découle sans surprise qu'en définitive la décision initiale de l'OCAI était exacte, mais pour des motifs autres que ceux évoqués par l'intéressé". Il sollicite l'audition de la Dresse Silva A\_\_\_\_\_, de la gestionnaire du dossier, de l'employeur et la mise en œuvre d'une expertise neutre.
33. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition de la Dresse A\_\_\_\_\_ le 22 avril 2008, laquelle a déclaré

*"Je suis le médecin traitant de l'assuré depuis 2007 de façon continue. J'avais eu l'occasion de le voir en 1996 à plusieurs reprises.*

*J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2006. Pour moi il n'y a pas de simulation. Je rappelle à cet égard que le Centre multidisciplinaire de la douleur avait diagnostiqué des douleurs neurogènes et pas de simulation. Les douleurs neuropathiques, tant à la jambe droite qu'au poignet sont difficilement traitables. Il est donc logique qu'elles persistent.*

*Je confirme que Monsieur P\_\_\_\_\_ est incapable de travailler à 100% quelle que soit l'activité envisagée. Je ne vois pas quel type d'activité il pourrait exercer au vu de ses limitations. S'il devait reprendre une activité, il devrait augmenter les*

médicaments contre la douleur, ce qui provoquerait des effets secondaires, plus particulièrement des troubles gastriques.

Dans mon courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2007, j'indique que l'état du patient s'est aggravé depuis 2002. Je me suis fondée sur les dossiers.

S'agissant du problème lombaire je précise que le patient a été vu par le Dr H\_\_\_\_\_, neurochirurgien, en 2006, qui a pu constater objectivement pour quelle raison le patient présentait des douleurs (discopathie L4-L5 avancée et lyse isthmique avec arthrose importante péri-facettaire postérieure).

Je ne suis pas d'accord avec la conclusion du Dr F\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré serait capable de travailler à 80% dans une activité légère. Je ne crois pas en réalité qu'il existe une activité que l'on puisse qualifier de légère.

L'assuré est limité dans la marche (pas plus de 20 minutes selon ses déclarations), il ne peut pas porter de lourdes charges (supérieures à 10 kg). Ceci exclut le métier de magasinier (en outre il doit éviter de se pencher en avant et éviter le piétinement). Il ne peut pas rester assis dans la même position plus d'un quart d'heure, ce qui exclut une activité de chauffeur.

La mobilité de la colonne cervicale est modérée. Celle de l'épaule est relativement complète ; elle peut toutefois ne pas l'être à d'autres moments en raison de la périarthrite. La mobilité de la colonne lombaire est réduite de moitié. Il n'est quoi qu'il en soit pas imaginable que la mobilité de la colonne lombaire puisse être considérée comme normale dans le cas de l'assuré qui a subi deux interventions, qui souffre d'arthrose facettaire postérieure, d'une discopathie sévère et d'une lyse isthmique.

S'agissant du poignet, je ne pense pas qu'il puisse y avoir une amélioration.

Il présente un déficit important de sensibilité de la main gauche".

A l'issue de l'audience de comparution personnelle des parties, un délai a été accordé à l'OCAI pour détermination après enquêtes.

34. Par courrier du 7 juillet 2008 et après avoir soumis le procès-verbal de l'audition de la Dresse A\_\_\_\_\_ à la Dresse G\_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que l'appréciation du médecin traitant reposait sur une impression et non sur des limitations fonctionnelles clairement évoquées, et ne saurait de ce fait remettre en cause l'expertise probante du Prof. F\_\_\_\_\_. Il maintient dès lors ses conclusions.
35. Invité à se déterminer, l'assuré a répété, par courrier du 9 juillet 2008, qu'il sollicitait la mise sur pied d'une expertise neutre laquelle devra déterminer comment les troubles dégénératifs dont il souffre auraient partiellement disparu et

quelle était sa réelle capacité de travail. Il relève par ailleurs que l'OCAI ne s'est pas déterminé sur ses griefs relatifs au calcul de son degré d'invalidité.

36. Le 12 août 2008, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.
37. Par ordonnance du 27 novembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise qu'il a confiée au Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Il a considéré en substance que le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, dont les conclusions divergeaient de celles des différents praticiens ayant examiné l'assuré, paraissait contradictoire et ne permettait pas de déterminer si l'état de santé de celui-ci s'était amélioré dans une mesure justifiant la révision de la rente, de sorte que le dossier n'était pas en l'état d'être jugé.
38. Le Dr I\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 18 février 2009 et rendu son rapport d'expertise en date du 27 février 2009. Il a retenu les diagnostics de status après deux interventions neurochirurgicales sur le rachis lombaire avec lombosciatique droite L5 chronique dans le cadre d'une fibrose post-opératoire associée à une discopathie L4-L5 et une arthrose inter-apophysaire lombaire, des douleurs chroniques du poignet gauche, irradiant dans le membre supérieur gauche, post-fracture du scaphoïde en décembre 2000, compliquée d'une pseudarthrose, de syndrome des apnées du sommeil, d'ancien éthylisme chronique avec status post-hémorragie digestive haute dans le contexte d'un ulcère de la jonction œsogastrique et de varice œsophagienne de grade II.

Au niveau du rachis lombaire, l'assuré présentait une limitation de la mobilité que l'expert a qualifiée de modeste, étant précisé toutefois que les séquelles post-opératoires de fibrose périradiculaire étaient connues pour générer des douleurs chroniques tant lombaires que du membre inférieur, ce qui était le cas chez l'assuré. Les limitations fonctionnelles liées au rachis lombaire concernaient les positions statiques prolongées, le port de charges et les mouvements en porte-à-faux du tronc.

Les suites de la fracture du scaphoïde engendraient, quant à elles, des douleurs chroniques au membre supérieur gauche avec des phénomènes d'allodynie. La mobilité du poignet gauche était limitée par rapport à l'articulation contro-latérale et les efforts de préhension étaient visiblement rendus difficiles par les douleurs en découlant.

D'après l'expert, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans sa profession de grutier, ses problèmes du poignet gauche rendant impossibles les exercices de force nécessaires à monter ou descendre d'une grue ainsi que les efforts pour l'utilisation d'autres engins de chantier et la mise en place de grues. Ses problèmes rachidiens chroniques faisaient également obstacle à l'exercice de cette profession, toutefois, son incapacité de travail était principalement liée aux problèmes du poignet gauche.

L'assuré pouvait ainsi exercer une activité sans port de charges, gestes répétitifs, notamment ceux impliquant le membre supérieur gauche, manutention répétée ou position statique prolongée assise ou debout et permettant de fréquents changements de position. Les propositions faites à l'issue du stage COPAI en décembre 2003 étaient compatibles avec ses conclusions, de sorte qu'il était envisageable que l'assuré soit actif dans un travail de contrôle dans l'industrie, non sériel et sans port de charges, le conditionnement léger ou dans la surveillance d'un musée par exemple. L'expert a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit un « 50% de rendement pour une activité à plein temps ».

L'expert a comparé l'état de santé actuel de l'assuré avec celui constaté en décembre 2002 par les médecins de la Clinique romande de réadaptation. Il a conclu que le status du poignet gauche était relativement similaire à la situation prévalant en 2002, que la mobilité de l'épaule gauche s'était visiblement améliorée depuis 2002 et qu'il n'était pas possible de se prononcer quant à une éventuelle évolution favorable ou défavorable des problèmes de lombosciatique droite de l'assuré, attendu que l'examen clinique de l'époque n'était pas détaillé. Il a déclaré qu'il n'était pas aisé de comparer l'état de santé actuel de l'assuré avec celui présent en 2002, attendu qu'il existait notamment des fluctuations entre deux examens cliniques chez une même personne.

Enfin, il a précisé que les plaintes de l'assuré correspondaient aux atteintes dont il souffrait tant au niveau du rachis que de son poignet gauche, de sorte qu'il n'a pas constaté de syndrome d'amplification des plaintes.

39. Par courrier du 23 avril 2009, l'OCAI a produit un avis du 17 avril 2009 de la Dresse G\_\_\_\_\_, laquelle a notamment relevé que l'expert ne s'était pas déterminé quant aux motifs l'amenant à s'écarter des conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. L'OCAI sollicite ainsi que l'expert soit interrogé sur cette question.
40. Par détermination du 24 avril 2009, l'assuré soutient que l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'il y a lieu de suivre ses conclusions. Par ailleurs, il précise que le revenu sans invalidité doit prendre en compte tant le revenu qu'il tirait de son activité chez Y\_\_\_\_\_ que celui de son activité accessoire chez X\_\_\_\_\_, qui s'élevait à 29'096 fr. Le degré d'invalidité était ainsi d'après lui de 77%, de sorte que l'OCAI n'était pas fondé à réduire la rente entière qui lui avait été allouée.

Par courrier du 17 juin 2009, l'assuré allègue que l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ permettait d'écarter définitivement celle du Dr F\_\_\_\_\_ et a sollicité que la cause soit gardée à juger.

41. Suite à la transmission de ce courrier à l'OCAI en date du 26 juin 2009, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. La compétence du Tribunal de céans, le droit applicable ainsi que la recevabilité formelle et matérielle du recours ayant déjà été examinés dans le cadre de l'Ordonnance d'expertise du 27 novembre 2008, il n'y sera pas revenu.
2. Est litigieux, en l'espèce, le droit de l'assuré au maintien de sa rente entière d'invalidité après le 1<sup>er</sup> septembre 2004, singulièrement son taux d'invalidité.
3. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).
4. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 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 (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

5. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. En l'espèce, il s'agira de comparer la situation prévalant à l'époque de la décision du 4 juillet 2002 et celle lors de la décision du 3 septembre 2007.
7. Dans le cadre de sa décision du 1<sup>er</sup> mars 2002, l'OCAI a accordé à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, en raison de ses troubles lombaires et de la

pseudarthrose du pôle proximal gauche fracturé lors d'un accident en décembre 2000 et opéré en février 2001.

Cette décision a été confirmée en date du 4 juillet 2002. En effet, le Dr B\_\_\_\_\_ précisait que le pronostic était toujours réservé et le Dr A\_\_\_\_\_ qu'il existait un « discret mieux », mais que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle tant dans son activité précédente que dans une activité adaptée, en raison des atteintes dorso-lombaires, de la lombosciatique droite et de la fracture du scaphoïde du poignet gauche.

8. Afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision du 4 juillet 2002, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_.
9. Il y a lieu à cet égard de constater que son rapport repose sur une anamnèse détaillée de l'assuré effectuée en connaissance de l'intégralité de son dossier médical ainsi que sur ses plaintes et un examen clinique complet. Les diagnostics sont clairement exposés et les conclusions sont motivées et exemptes de contradictions. En effet, l'expert a tout d'abord expliqué que les atteintes de l'assuré, et en particulier ses problèmes au poignet gauche, ne lui permettaient plus d'exercer sa précédente profession. Puis, il a exposé les diverses limitations fonctionnelles découlant de ses atteintes au rachis et des suites de la fracture du scaphoïde, afin de déterminer quelles étaient les activités exigibles de l'assuré. Il a fixé la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, précisant que les propositions d'activités faites en fin de stage COPAI correspondaient à ses propres constatations. Enfin, interrogé expressément sur la modification de l'état de santé de l'assuré depuis 2002, il a indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur la question, relevant à plusieurs reprises qu'en 2002, dans le rapport de la Clinique de romande de réadaptation du 16 décembre 2002, soit le rapport le plus détaillé de l'époque, certains éléments, singulièrement l'examen clinique du rachis lombaire ou le status neurologique du membre inférieur gauche, n'étaient pas détaillés, que les rapports médicaux à disposition concernaient principalement les conséquences des atteintes au poignet gauche et enfin qu'il existait une variabilité entre deux examens cliniques chez une même personne. Au regard toutefois des documents médicaux à disposition, l'expert a conclu que le status au niveau du rachis cervical était comparable à celui de l'époque, la mobilité de l'épaule s'était clairement améliorée, toutefois, celle du poignet semblait s'être, d'après lui, péjorée.

Au vu de ce qui précède, ce rapport d'expertise doit a priori se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence.

10. On constate également que les conclusions de ce rapport sont corroborées par les déclarations du Dr B\_\_\_\_\_, qui avait admis, en janvier 2005, que la capacité

de travail de l'assuré était probablement de 50% dans une activité adaptée, qui devait épargner quasiment entièrement l'utilisation de son poignet gauche.

De plus, comme l'indique l'expert, ses conclusions concordent avec celles découlant du rapport de fin de stage COPAI.

Les déclarations de la Dresse A\_\_\_\_\_, selon lesquelles la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toutes activités, ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise, dans la mesure où elle aboutit à des atteintes et limitations fonctionnelles similaires à celles exposées par l'expert et qu'il y a lieu de tenir compte du fait qu'elle est le médecin traitant de l'assuré qui, d'après la jurisprudence, est enclin en cas de doute à prendre parti pour son patient.

Quant aux constatations du Prof F\_\_\_\_\_, elles ne sauraient pas davantage remettre en cause les conclusions de l'expertise, dans la mesure où son rapport présente une certaine incohérence. Il a en effet retenu que les douleurs très importantes ressenties par l'assuré tant au niveau du rachis que du membre supérieur gauche sans qu'il y ait de répercussion sur la vie familiale était inhabituel, alors même que le rapport de l'ergothérapeute joint à son rapport explicite très clairement que les douleurs de l'assuré étaient la conséquence ordinaire de ses atteintes. De plus, sa conclusion tendant à admettre que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée était principalement fondée sur la possible existence d'un syndrome d'amplification des plaintes, syndrome qui a expressément été nié par les Drs I\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ et dont aucun autre médecin n'a fait état.

Au demeurant, le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ ne se soit pas prononcé sur les raisons l'amenant à s'écarter des conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, ne suffit pas à lui seul pour dénier valeur probante à son rapport et ce d'autant plus que celui-ci est clair, motivé et cohérent.

11. Au vu de tout ce qui précède, les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ emportent la conviction du Tribunal de céans, de sorte qu'il convient de s'y référer pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il sera ainsi constaté qu'il présente une capacité de travail de 50% dans une activité sans port de charges ni gestes répétitifs, notamment ceux impliquant le membre supérieur gauche, manutention répétée ou position statique prolongée assise ou debout et permettant de fréquents changements de position. Il sera par conséquent admis que son état de santé s'est amélioré dans une telle mesure.
12. Reste à procéder au calcul de son degré d'invalidité.
  - a. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au

moins, à 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.

b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

c. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

d. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne

---

valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239).

Lorsque la jurisprudence précise qu'il y a lieu de recourir aux données salariales statistiques quand le poste de travail qu'occupait la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, elle envisage la situation où l'activité en question n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Dans la mesure toutefois où la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par la personne assurée. L'éventuelle faillite ultérieure du dernier employeur ne saurait ainsi constituer une circonstance propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, et, partant, à motiver une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009, consid. 4.1).

13. En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2003, attendu qu'il résulte des conclusions établies à l'issue du stage COPAI, s'étant déroulé du 10 novembre au 7 décembre 2003, que l'assuré présentait depuis lors une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, conclusions qui ont été confirmées par le Dr I\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du mois de février 2009.

Pour ce qui est du revenu d'invalidité, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Eu égard à l'activité de substitution dans un emploi adapté à savoir une activité légère sans port de charges ou gestes répétitifs avec le membre supérieur gauche, et permettant notamment des changements de positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2002, TA1, p. 43, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Ce salaire doit être adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS) et à l'horaire de travail en 2003 (La Vie Économique 1-2 /2009, p. 98 et 99, tableaux B9.2 et B10.3) ainsi qu'à la capacité de travail résiduelle de l'assurée de 50%. Enfin, au vu des limitations fonctionnelles importantes et de la longue période de travail chez Y\_\_\_\_\_, il y a lieu de confirmer l'abattement de 20% auquel a procédé l'OCAI. Le revenu avec invalidité doit dès lors être arrêté à 23'098 fr..

Dans le cadre de la détermination du revenu sans invalidité, il y a tout d'abord lieu de prendre en considération le revenu qu'il aurait touché en 2003 chez Y\_\_\_\_\_, soit 70'600 fr. tel que résultant de la réponse du 22 février 2007 de cet employeur à l'OCAI. De plus, comme admis par les deux parties, à ce revenu principal doit être ajouté celui de son activité accessoire chez X\_\_\_\_\_. Cependant, conformément à la jurisprudence précitée, la faillite n'étant pas un motif pour s'écarter du dernier revenu réalisé, on ne saurait se fonder sur les ESS pour déterminer le revenu que l'assuré aurait touché en 2003 grâce à cette activité. De son extrait de compte individuel de cotisations AVS-AI il ressort que son salaire 1990, découlant de cette activité accessoire, était de 29'096 fr., lequel doit être adapté à l'ISS. Le revenu sans invalidité 2003 s'élève ainsi à 108'303 fr. (70'600 + 37'703).

Par conséquent, le taux d'invalidité est de 79%, donnant droit à une rente entière d'invalidité. Les conditions de la révision n'étant pas remplies, l'OCAI n'était dès lors pas en droit de réduire la rente entière de l'assuré.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions de l'OCAI réduisant la rente entière de l'assuré à un trois-quarts de rente annulées.
15. Étant représenté par un avocat, l'assuré a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 3'000 fr. au vu de l'importance de la procédure (art. 61 let. g LPGA).
16. L'émolument fixé à 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) est mis à la charge de l'OCAI qui succombe.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule les décisions de l'OCAI du 13 juillet 2004 et 3 septembre 2007, réduisant la rente entière à un trois-quarts de rente.
3. Condamne l'OCAI à verser à l'assuré la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
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-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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