

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1186/2009

ATAS/588/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 20 mai 2009

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. G_____, né en 1960, est sans formation professionnelle et a travaillé en dernier lieu en tant que manœuvre dans le bâtiment.
2. En février 2002, il dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans son courrier du 25 juin 2002, le Dr L_____ de la Division de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), fait état de la participation de l'assuré à une semaine de l'Ecole du dos du 17 au 21 juin 2002.
4. Dans son courrier du 27 juin 2002 à la Dresse M_____, le Dr N_____, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale, mentionne que l'assuré lui a été adressé en raison de maux de tête, de vertiges et de douleurs du rachis cervico-dorso-lombaire. Il présente depuis plusieurs mois des troubles de l'équilibre de courte durée, de l'ordre de 2 à 3 minutes, des bourdonnements ou sifflements d'oreille intermittents avec une sensation d'oreille bouchée. Ces phénomènes précèdent souvent le syndrome vertigineux. Le médecin constate une insuffisance vertébro-basilaire (IVB). Cette atteinte, associée à une hypotension orthostatique, explique la symptomatologie vertigineuse. L'approche thérapeutique n'est pas simple et pas toujours efficace. Le Dr N_____ propose des vaso-dilatateurs et des traitements physiques.
5. A la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI), l'assuré est soumis à une expertise par les Drs M_____, spécialiste en médecine interne, et MA_____, psychiatre. Dans leur rapport du 2 octobre 2003, ces médecins mentionnent que l'assuré a rencontré durant sa vie d'enfant, d'adolescent et de jeune adulte des conditions extrêmement difficiles, ayant été victime de violences et de mauvais traitements qui lui ont fait développer un sentiment de culpabilité, une incapacité à acquérir des connaissances nouvelles, ainsi qu'un sentiment d'incompétence, ce qui l'a fait vivre très tôt en dehors du groupe scolaire et professionnel. A cela s'ajoutent une personnalité évitante à la limite schizoïde et une phobie sociale présente depuis l'âge adulte, lesquelles aggravent son trouble de l'humeur et ont anéanti toute forme d'insertion sociale et affective. Les experts diagnostiquent une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des phobies sociales, une personnalité anxieuse (évitante), une atteinte d'un disque cervical, sans précision, une lombalgie basse et une dorsalgie, sans précision. Les atteintes diffuses et étagées du rachis lombaire, cervicale et dorsale limitent l'expertisé dans son métier antérieur, à savoir celui de monteur d'échafaudage, ainsi que dans d'autres métiers du bâtiment réputés lourds. Le trouble dépressif récurrent grave, ainsi que les troubles phobiques et évitants associés, en l'absence d'un traitement efficace, l'empêchent également d'exercer son ancienne profession. Ils compromettent en outre toute tentative de réinsertion et

d'évaluation professionnelle. Par ailleurs, même avec une amélioration significative de l'état dépressif, le trouble de la personnalité anxieuse (évitante) et la phobie sociale constituent un handicap non négligeable pour le choix d'une nouvelle profession. La capacité de travail est nulle, en l'absence d'un traitement efficace, à cause des troubles psychiques sévères et d'une atteinte rhumatologique objective. Cependant, l'assuré n'a jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur adéquat, aucun avis spécialisé n'ayant été requis et aucune action psychothérapeutique par un spécialiste n'ayant été associée au traitement médicamenteux. Ainsi, de l'avis de l'expert, "Dans l'état actuel des choses, il n'est pas possible de se prononcer au sujet de la capacité résiduelle de travail ni sur la capacité de l'expertisé à suivre une réadaptation professionnelle adaptée à son niveau". Des mesures médicales sont ainsi impérativement requises, de l'avis des experts, pour améliorer son état de santé de façon significative et envisager une réadaptation professionnelle. L'expertisé ne s'était par ailleurs pas opposé à de telles mesures et est accessible à une thérapie. Quant aux atteintes rhumatologiques, elles ne pourraient justifier une incapacité de travail définitive.

6. Dans son avis médical du 12 décembre 2003, le Dr N_____ du Service médical régional AI (ci-après: SMR) constate notamment que l'assuré travaillait en Suisse comme manoeuvre dans le bâtiment depuis 1980. L'incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité et des mesures professionnelles sont actuellement inopportunes. Il recommande une révision dans deux ans.
7. Par décision du 7 janvier 2004, l'OCAI refuse à l'assuré des mesures professionnelles.
8. Par décision du 9 mars 2004, l'OCAI lui octroie une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} février 2002.
9. Le 22 avril 2004, l'assuré devient père d'une petite fille et est mis au bénéfice d'une rente complémentaire pour enfant à compter du mois de sa naissance, par décision du 10 août 2004.
10. En janvier 2006, l'OCAI entame une procédure de révision. Dans le questionnaire y relatif signé le 30 suivant par l'assuré, celui-ci indique que son état s'est aggravé depuis une année environ, les douleurs au dos ayant augmenté.
11. Dans son courrier du 31 janvier 2006 à la Dresse M_____, le Dr N_____ indique que la symptomatologie semble empirer, le patient se disant de plus en plus gêné et l'instabilité étant permanente, avec une tendance à la chute, sans que cela se soit produit. Le bilan oto-neurologique est en tous points superposable à celui de 2002 et le Dr N_____ confirme les vertiges d'origine hémodynamiques, vraisemblable conséquence d'une vascularisation insuffisante de l'oreille interne en rapport avec une imperméabilité des artères vertébrales

perturbées, lors des mouvements de la tête, par la compression extrinsèque exercée sur elle par les corps vertébraux.

12. Dans son rapport du 23 février 2006, la Dresse M_____ diagnostique des vertiges sur IVB, une suspicion d'hémochromatose et une hypotension orthostatique. Le patient continue à souffrir d'importantes douleurs au niveau du rachis avec des blocages, de douleurs à la hanche gauche, de maux de tête, de vertiges, d'angoisses, d'asthénie, de troubles du sommeil, d'importants troubles d'équilibre et de douleurs au coude gauche. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux et le pronostic est mauvais. L'état s'est aggravé depuis une année environ. La compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
13. Selon le rapport du 1^{er} juin 2007 du Dr O_____, rhumatologue, l'assuré souffre d'une tendinopathie du tendon sus-épineux avec des signes en faveur d'un conflit sous-acromial avec une discrète bursite, mais sans rupture tendineuse. A l'examen clinique, ce médecin constate notamment que l'assuré est musclé.
14. A la demande de l'OCAI, l'assuré est soumis à une expertise interdisciplinaire, en novembre et décembre 2007, au Centre d'expertise médicale à Genève. L'expertise est basée sur le dossier médical de l'assurance-invalidité, les entretiens, les examens cliniques généraliste, psychiatrique et rhumatologique. Il est fait état, dans le rapport d'expertise du 28 mars 2008, de ce que l'assuré n'a jamais été monteur en échafaudage, mais seulement le manoeuvre des monteurs. Son travail s'effectuait au sol avec des charges moins lourdes et une dangerosité bien moindre que celle des monteurs. Il est par ailleurs mentionné dans ce rapport que l'assuré est soigné le 2 février 2005 en urgence pour une plaie dorsale du métacarpe du pouce droit, qu'il se serait fait en lugeant avec sa fille. Cependant, selon l'entretien téléphonique du 16 novembre 2007 avec le Dr P_____, c'était un accident de ski. L'assuré déclare en outre que la mère de sa fille a emménagé dans son appartement il y a environ quatre ans et que la grossesse n'était pas un projet de couple. Il estime qu'il était mieux, lorsqu'il était tout seul, même s'il s'était imaginé que sa vie serait meilleure avec une compagne. Au début, c'était bien au niveau sexuel, mais moins bien par la suite. Il n'arrive pas à s'occuper de sa fille et à la garder, ne supportant pas les pleurs. L'unique chose qu'il fait avec elle est de jouer de temps en temps et de l'emmener au parc. Il ne la porte pas à cause des douleurs aux bras et au dos. L'assuré déclare ne pas avoir d'amis mais être en contact avec les amis de sa compagne. Quant à ses occupations, strictement rien ne lui fait plaisir. Il ne participe pas aux travaux du ménage, ne fait pas la cuisine et le minimum de vaisselle. Il affirme passer ses journées essentiellement assis dans un fauteuil. Dans l'examen clinique par la Dresse Q_____, spécialiste en médecine générale, il est notamment relevé que l'assuré a un faciès figé et une posture effondrée. Il semble être abattu. Son français est correct. Il n'a aucun problème à supporter un entretien de deux heures et demie sans changer de position, sans agitation, sans

demander à se lever, à s'étirer ou à s'étendre. Il se déshabille sans aucune difficulté. Par ailleurs, il est très musclé. Dans l'évaluation rhumatologique, le Dr R_____ relève une forte discordance entre les constatations radiologiques et une attitude clinique de rigidification et d'opposition. Il évoque une pathologie vraisemblablement psychiatrique, éventuellement un syndrome douloureux somatoforme persistant. Au vu de l'examen clinique, il ne peut constater une incapacité de travail en relation avec une affection rhumatologique significativement importante. L'évaluation psychiatrique par le Dr S_____ confirme le tableau clinique d'une dépression chronique avec des signes somatiques et probablement mélangés à un trouble de la personnalité évitante. L'assuré met en avant des douleurs ostéo-musculaires, une fatigue et une rigidité musculaire sur l'ensemble du corps avec des sensations de crampes. Il lui est difficile de s'occuper de sa fille plusieurs heures par jour, n'ayant ni la force ni la concentration ni l'envie. Les relations avec sa femme sont relativement bonnes. Il n'a aucun ami et ne fréquente personne à l'exception des amis de sa femme. Actuellement, il est en deuil de son père décédé il y a une semaine et en souci pour sa mère qui vit seule en Espagne. Il projette de partir dans les prochains jours pour s'occuper d'elle. En 2006, il a eu un traitement antidépresseur, mais après plusieurs semaines ou mois, il l'a arrêté, ne ressentant aucun effet. Dans l'appréciation du cas, l'expert psychiatre relève que la description anamnestique est compatible avec un trouble de la personnalité anxieuse avec des traits paranoïaques. Les descriptions des médecins somaticiens témoignent d'une majoration des symptômes physiques. Cette exagération peut être en partie consciente. Il ne peut non plus être exclu d'une façon absolue que le trouble psychiatrique soit simulé. La description de son isolement social en 2003 contraste avec le fait qu'il a commencé à la même époque une vie de couple. A cela s'ajoute le décalage avec son apparence physique et sa musculature, la description des faits trop flous et l'absence d'efforts de l'assuré pour la clarifier. Il refuse ainsi de donner son numéro de téléphone portable. Il est à relever également que sa compagne refuse de participer à un entretien. Néanmoins, l'impression d'une authenticité dans l'ensemble de l'anamnèse et une bonne cohérence de l'anamnèse actuelle avec celle donnée aux Drs M_____ lors de l'expertise en 2003 est soulignée. Compte tenu de ces éléments, il est impossible de déterminer avec fiabilité les limitations de la capacité de travail sur le plan psychique. L'opportunité d'une mesure de réhabilitation devrait être évaluée après un traitement psychiatrique approprié. Une restitution de la capacité de travail entière semble être possible, même si le traitement peut s'avérer difficile, vu la durée des symptômes et une position de revendication. Les experts retiennent finalement à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un état dépressif chronique avec symptômes somatiques, de gravité moyenne. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, personnalité anxieuse (évitante) probable et troubles statiques et dégénératifs rachidiens dorso-lombaires. Les douleurs décrites et la démonstrativité douloureuse associée à une opposition musculaire observée

lors des examens cliniques ne concordent pas avec des positions antalgiques notées au cours d'entretiens, ni avec des évaluations du rhumatologue. La présence d'une tendinopathie en 2007 soulève également un fort doute concernant l'allégation d'une inactivité quasi complète par l'assuré. Ce doute est partagé par le Dr O _____, une tendinopathie du tendon sus-épineux se développant suite à des mouvements répétitifs avec le bras, pas nécessairement forts, mais répétitifs, en abduction et sur une longue durée. Sur le plan somatique, l'évaluation clinique et rhumatologique est tout à fait superposable à l'expertise effectuée en 2003. Ainsi, les experts estiment qu'il n'y a aucune incapacité de travail en relation avec une affection somatique ou rhumatologique significativement importante. Plusieurs signes de non-organicité évoquent plutôt une origine psychique. Dans l'appréciation en consilium de la capacité de travail par les experts, ceux-ci estiment que l'assuré présente une pleine capacité de travail sur le plan physique et une diminution du rendement de 40 %, en raison du trouble thymique. Ils relèvent enfin que "Au vu de l'anamnèse, nous ne sommes pas convaincus qu'il y a eu une incapacité de travail plus importante auparavant".

15. Dans son avis médical du 8 avril 2008, le Dr T _____, médecin au SMR, relève que "Manifestement les prestations ont été octroyées sur [la base] de fausses déclarations de l'assuré (exemple conditions de travail)". Selon ce médecin il y a par ailleurs une amélioration de la situation, dans la mesure où il n'existe plus de phobie sociale et que l'état dépressif sévère est devenu moyen. L'assuré n'a en outre rien fait pour diminuer le dommage, en se soumettant à un traitement adéquat. Il n'y a pas non plus d'aggravation de son état en 2005. Le fait qu'il ait fait du ski en 2005 fait fortement douter de la présence de rachialgies invalidantes. Quant à l'appréciation de la capacité de travail par les experts, soit huit heures par jour avec une diminution de rendement de 40 %, elle doit être relativisée, dans la mesure où le psychiatre n'est pas convaincu de la véracité des troubles.
16. Le 10 avril 2008, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de supprimer la rente d'invalidité à compter du 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision.
17. Après que l'assuré ait contesté ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, l'OCAI le confirme, par décision le 24 février 2009, au motif que l'expertise a démontré qu'il n'y a pas d'aggravation de son état de santé en 2005, mais bien une amélioration dès novembre 2007. L'OCAI reproche également à l'assuré de n'avoir rien entrepris pour diminuer le dommage, en suivant un traitement adéquat, comme cela lui a été demandé.
18. Par acte du 1^{er} avril 2009, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il demande également la restitution de l'effet suspensif. Selon ses déclarations, la décision litigieuse a été reçue à l'étude de son conseil le 2 mars 2009. Il s'étonne que l'intimé ait retenu une amélioration de

son état de santé dès novembre 2007, alors même que la Dresse M_____ a fait état d'une aggravation depuis une année environ, dans son rapport du 23 février 2006. Ce médecin a ainsi relevé une IVB et une hypotension orthostatique. Elle suspectait aussi l'existence d'une hémochromatose. Le Dr N_____ a également relevé, dans son courrier du 31 janvier 2006, que la symptomatologie semblait empirer. De surcroît, une tendinopathie du tendon sus-épineux s'est ajoutée à ses atteintes. Il ne comprend pas non plus comment une amélioration peut être intervenue à partir du mois de novembre 2007, alors que son père est décédé le même mois. A cet égard, il affirme avoir été fortement éprouvé par ce décès. Quant au fait que l'influence du deuil sur son humeur aurait été relativement légère, selon le Dr S_____, il fait état d'une certaine difficulté à exprimer les sentiments réels, d'une pudeur, comme chez de très nombreuses personnes. S'agissant du reproche de ne pas s'être soumis à un traitement médical adéquat, il souligne qu'il ne lui a jamais été ordonné ou conseillé de suivre un tel traitement. Quant à l'expertise des Drs M_____, elle ne lui a pas été communiquée. De surcroît, la nécessité d'entreprendre un traitement ne ressort pas non plus de la décision de l'OCAI du 6 janvier 2004. A cela s'ajoute qu'il n'a pas reçu une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de l'omission de se soumettre à un traitement, comme cela est prescrit par la loi. En ce qui concerne sa demande de restitution de l'effet suspensif, il la justifie par le fait qu'il se voit brusquement privé d'une part substantielle de ses revenus, alors qu'il a une famille à charge. Il doit également s'attendre à être privé de la rente d'invalidité du 2^{ème} pilier d'un montant de 2'400 fr. environ.

19. A la demande du Tribunal de céans, l'intimé l'informe, par courrier du 6 avril 2009, que la décision attaquée a été envoyée sous pli simple.
20. Par écritures du 16 avril 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et s'oppose à la restitution de l'effet suspensif, au motif qu'il ressort du rapport d'expertise interdisciplinaire du 26 mars 2008 que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il dispose désormais d'une capacité de travail de 100 %. L'intimé souligne également le risque pour l'administration de ne pas pouvoir recouvrer sa créance à l'issue de la procédure, au cas où le recours devait être rejeté. Quant à la date de l'amélioration retenue, il s'agit de celle à laquelle l'expertise interdisciplinaire a été effectuée. Il relève en outre que la suppression de la rente est également justifiée sous l'angle de la reconsidération, la décision initiale du 9 mars 2004 étant manifestement erronée. A cet égard, il estime qu'une pleine valeur probante ne peut pas être reconnue au rapport d'expertise du 2 octobre 2003. En effet, les experts se sont fondés sur le fait erroné que l'assuré est monteur en échafaudages. Cette erreur a faussé leur appréciation. A cela s'ajoute que l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, ce que le recourant a omis de faire. Il ressort en outre du rapport d'expertise du 2 octobre 2003, que les experts ont discuté avec le recourant de la nécessité d'un traitement sur le plan psychiatrique. Il ne saurait donc faire valoir aujourd'hui qu'il n'était pas au courant du besoin d'un tel traitement.

21. Par décision du 5 mai 2009, le Tribunal de céans refuse de restituer l'effet suspensif à la décision attaquée.

22. Le 6 mai 2009, le Tribunal de céans entend la compagne du recourant, Mme Aline GAILLET, à titre de renseignements. Elle déclare ce qui suit :

"En 1999, j'ai rencontré M. G_____, alors que je faisais un reportage sur les monteurs en échafaudages. Petit à petit, nous sommes devenus amis et j'ai emménagé chez lui en 2005, après la naissance de notre fille en 2004.

Mon ami est une personne très fermée et difficile à cerner. Il ne va pas bien, dans la mesure où il a beaucoup de peine à trouver des satisfactions dans la vie. Il n'a pas non plus de hobby.

Il était opposé à la naissance de notre enfant et n'a pas manifesté une grande joie lorsqu'elle est née. Aujourd'hui, il est certainement attaché à elle. Toutefois, la relation est distante. Il fait le minimum (repas, habillage), lorsque je travaille. Je travaille 2 jours par semaine, les jeudis et vendredis. Avant qu'elle aille à l'école, je l'amenais dans une garderie pendant que je travaillais. Depuis qu'elle va à l'école, M. G_____ va la chercher à midi et dans l'après-midi, sauf le vendredi à midi.

Pendant le week-end, j'ai des activités différentes avec ma fille. M. G_____ ne m'aide pas dans le ménage.

Quant à ses occupations pendant la journée, elles consistent essentiellement à regarder la télévision. Il souffre soit d'insomnies, soit il est assommé par les médicaments qu'il prend pour dormir et dort alors beaucoup.

Il nous arrive de partir ensemble en Espagne voir sa mère. M. G_____ s'occupe essentiellement d'elle et moi-même, je fais des activités avec ma fille. En dernier lieu, nous sommes partis en Espagne à Noël.

M. G_____ n'a pas d'ami. Nous n'avons pas d'invités à la maison, car notre appartement est très petit. Depuis 3 ans, M. G_____ ne m'accompagne plus chez mes amis lorsque je suis invitée.

Il ne fait pas de sport.

Son état psychique ne s'est pas amélioré depuis novembre 2007. Au contraire, il a traversé à ce moment une phase difficile, dès lors que sa mère était malade et qu'elle devait se faire opérer, avec le risque de ne pas survivre à l'opération. Par ailleurs, en novembre 2007, son père est décédé."

23. A la même date, le Tribunal de céans entend le recourant. Il indique que les paiements sont effectués par sa copine. Avant de la connaître, c'est lui qui les faisait. Il a du mal à supporter que sa fille fait du bruit et bouge beaucoup. Lorsqu'il

va en Espagne voir sa mère, il tient essentiellement compagnie à celle-ci. Les commissions sont faites par une voisine. Il ne comprend par ailleurs pas pourquoi les médecins ont constaté qu'il était musclé et voit une explication éventuellement dans le fait qu'il est très tendu et a beaucoup de peine à se détendre. Il pense par ailleurs que c'est sa morphologie qui donne l'impression qu'il est musclé. Son avocat relève à cette audience avoir été personnellement témoin de l'apathie de son client qui ne lui a pas dit qu'il n'osait pas toucher à sa rente d'invalidité qui continuait à lui être versée après la communication du projet de suppression de rente. Il ne l'avait pas non plus informé que le deuxième pilier avait immédiatement supprimé le versement de sa rente, après réception du projet de décision.

24. Le 6 mai 2009, le recourant produit également les rapports des 16 et 19 avril 2009 des Drs U_____, radiologue, et V_____, psychiatre.
25. Selon le rapport du Dr U_____ précité concernant une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée à la date de son rapport, cet examen révèle une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs au dépens du sus-épineux au niveau de son tiers-distal et antérieur, sans rétraction. Il constate également une discrète excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial.
26. Selon le rapport de la Dresse V_____ susmentionné, elle suit le patient depuis le 28 avril 2008 à raison d'une séance par mois. Dans les plaintes actuelles, elle relève une fatigue permanente, un manque de force physique, des douleurs partout, une envie de rien, une intolérance au bruit et des troubles du sommeil. Au début de la prise en charge, elle a constaté une tension psychique importante, des angoisses, des insomnies presque totales et des idées suicidaires. Ces derniers symptômes ont évolué considérablement avec le traitement médicamenteux, sans toutefois disparaître. Dans les constatations objectives, elle mentionne au début du traitement une tension évidente, une tristesse et une mimique dépressive. Ces symptômes se sont atténués, mais une attitude passive persiste. Elle diagnostique un épisode dépressif chronique avec symptômes somatiques, de gravité moyenne, et rejoint, sur ce plan, les conclusions de l'expertise de novembre 2007 du Dr S_____. Elle estime par ailleurs que les troubles se sont fortement chronicisés au fil des années. Le traitement médical consiste en Trittico 300 mg et Roméron 30 mg le soir. Concernant sa capacité de travail résiduelle, elle déclare qu'il serait souhaitable d'encourager le recourant à une réadaptation à mi-temps, dans un travail moins lourd et peu bruyant. Enfin, son état est stationnaire depuis quelques mois, sur le plan psychique. Compte tenu de sa structure psychique, elle ne pense pas qu'il puisse aller considérablement mieux.
27. Par courrier du 6 mai 2009, la Dresse M_____ fait savoir au Tribunal de céans qu'elle n'a jamais reçu une copie de l'expertise du 2 octobre 2003 des Drs M_____ et MA_____.

28. Le 8 mai 2009, le recourant transmet au Tribunal de céans copie du courrier adressé le 2 avril 2009 à la Dresse M_____, la réponse de celle-ci du 6 mai 2009 et le rapport du 24 avril 2009 du Dr W_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.
29. Dans son rapport précité, la Dresse M_____ pose les diagnostics suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur protrusion discale C5-C6 et sur ancien tassement de D6; cervico-lombalgies chroniques sur dégénérescence discale L3-L4, sur probable instabilité cervico-lombaire (glissement antérieur du C2, C3 et C4, ainsi qu'arthrose interapophysaire postérieure et sur canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire); épicondylite du coude gauche avec atteinte du cubital gauche; scapulalgies chroniques droites sur tendinopathie, conflit sous-acromial et sur rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs; vertiges sur IVB et sur hypotension orthostatique; état anxio-dépressif aigu. Le recourant se plaint de façon continue d'importantes douleurs au niveau du rachis CDLombaire, de douleurs au niveau des articulations, notamment au niveau du coude gauche et à l'épaule droite, de maux de tête, d'asthénie, d'angoisses, de troubles du sommeil, de vertiges et d'une diminution de l'appétit. Il fait par ailleurs état d'une aggravation de l'intensité des douleurs au niveau du rachis CDLombaire, au niveau du coude gauche et à l'épaule droite. Les douleurs à cette dernière articulation se sont beaucoup aggravées depuis 2009. Un traitement médicamenteux et un traitement opératoire est indiqué pour cette épaule. Elle estime par ailleurs que le recourant ne pourrait pas travailler, même dans une activité adaptée. Le pronostic est mauvais "tant qu'il n'y aura pas une compensation adéquate de l'état de santé du patient sur le plan clinique".
30. Le Dr W_____ fait état dans son rapport du 24 avril 2009 de ce que le patient se plaint de douleurs à la face intérieure de l'épaule depuis plusieurs mois. Celles-ci sont actuellement quotidiennes, également nocturnes et insomniantes. Le recourant suit un traitement anti-inflammatoire et a bénéficié d'une infiltration qui l'a bien soulagé. A l'examen clinique, le Dr W_____ constate que le patient paraît être en bon état général. La nuque est raide et un peu douloureuse. Il y a des douleurs à la palpation de l'espace sous-acromial dans la partie antérieure et à la mobilisation de l'épaule droite. Ce médecin relève également des signes de conflits sous-acromial et de Jobe positifs. La mobilité active est limitée par la douleur. Il pose le diagnostic de conflit sous-acromial avec déchirure du sus-épineux à l'épaule droite. Il estime que si le traitement conservateur effectué jusqu'à présent ne soulage pas le patient, il ne voit pas d'autres solutions que de lui proposer une réparation chirurgicale de sa déchirure du sus-épineux associée à une acromioplastie.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Le 1^{er} janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI) Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).
3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de recouvrer une pleine capacité de travail.
5. 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. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA 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).

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).
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss ; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médicale à Genève. Les experts ont diagnostiqué un état dépressif chronique avec symptômes somatiques, de gravité moyenne. De l'avis de ces experts, les autres diagnostics n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail, à savoir la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, la personnalité anxieuse (évitante) probable et des troubles statiques et dégénératifs rachidiens et dorso-lombaires. Selon leur appréciation, la capacité de travail est entière sur le plan physique dans une activité adaptée. Cependant, le rendement est diminué de 40 %, en raison du trouble thymique.

Auparavant, les Drs M_____ et MA_____ ont constaté, dans leur rapport d'expertise du 2 octobre 2003, que le recourant présentait les diagnostics suivants : une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des phobies sociales, une personnalité anxieuse (évitante), une atteinte d'un disque cervical, sans précision, une lombalgie basse et une dorsalgie, sans précision.

En comparant ces diagnostics avec ceux retenus par les experts du Centre d'expertise médicale, il appert qu'il y a une amélioration sur le plan psychique, dans la mesure où l'état dépressif est qualifié de gravité moyenne, et ceci alors même que le recourant était confronté au moment de l'expertise à une situation difficile, sa mère étant malade et son père étant décédé une semaine auparavant. A cet égard, il est difficile de dater cette amélioration. Si l'intimé a retenu la date de novembre 2007, cela tient uniquement au fait que c'est à ce moment que l'amélioration a été objectivée par les experts du Centre d'expertise médicale. Toutefois, selon toute vraisemblance, l'amélioration est antérieure.

b) Quant à la répercussion des atteintes psychiques sur la capacité de travail, les derniers experts estiment que celles-ci diminuent le rendement de 40 %.

Cependant, le Dr T_____ du SMR n'a pas tenu compte de cette appréciation en considérant, en premier lieu, que l'assuré n'a rien fait pour diminuer le dommage, en se soumettant à un traitement psychiatrique adéquat.

Toutefois, comme le relève à juste titre le recourant, un tel traitement ne lui a jamais été conseillé par son médecin traitant, la Dresse M_____. Celle-ci n'a par ailleurs pas eu connaissance du rapport d'expertise des Drs M_____, comme elle l'a communiqué au Tribunal de céans le 6 mai 2009. Dans ces conditions, il ne saurait être reproché au recourant de ne pas s'être soumis à un traitement adéquat, dans la mesure où il n'est pas médecin et où il est de surcroît diminué dans ses facultés d'auto-prise en charge en raison de son trouble dépressif reconnu par tous les médecins consultés.

c) A cela s'ajoute qu'aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations ne peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement que si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui est exigible, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. La réduction, voire le refus des prestations, doit par ailleurs être précédée d'une mise en demeure écrite, avertissant l'assuré des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Or, une telle mise en demeure n'a jamais été adressée au recourant. Dès lors, un manque de collaboration aux mesures exigibles ne saurait être retenu.

d) Le Dr T_____ s'écarte également de l'appréciation de la capacité de travail retenue par les experts du fait que l'expert psychiatre, le Dr S_____, aurait mis en doute la réalité des atteintes psychiques. Cependant, les experts du Centre d'expertise médicale ont souligné l'impression d'une authenticité dans l'ensemble de l'anamnèse et une bonne cohérence de l'anamnèse actuelle avec celle donnée aux Drs M_____ lors de l'expertise en 2003. Les indications données par le recourant ont par ailleurs été confirmées par sa compagne, Mme GAILLET, en cours de procédure. Il est aussi apparu que le fait d'avoir trouvé une compagne n'a pas changé fondamentalement la thymie du recourant et que la relation est visiblement difficile, les concubins ne partageant apparemment que peu de choses. La naissance de leur enfant n'a pas constitué une joie pour le recourant qui était opposé à cette naissance. Il ne s'est intéressé par la suite à sa fille que dans un strict minimum. La compagne a également confirmé le manque d'intérêt total du recourant, la pauvreté de ses occupations quotidiennes et son isolement social.

Certes, quelques éléments dans le dossier restent inexplicables, comme le fait que le recourant ne présente pas un déconditionnement physique, a développé une tendinopathie du tendon sus-épineux et présente une rupture de la coiffe des rotateurs, comme diagnostiqué récemment, alors qu'il est la majeure partie du temps inactif. Eventuellement, ces faits pourraient s'expliquer par l'état de tension et de crispation permanent dans lequel le recourant semble se trouver et qui ressort également des rapports médicaux. En tout état de cause, en-dehors de ces éléments, l'authenticité du recourant n'est pas mise en cause.

Le Tribunal de céans admettra ainsi les diagnostics retenus par les experts du Centre d'expertise médicale.

e) En ce qui concerne la répercussion de ceux-ci sur la capacité de travail, il est à relever que non seulement les derniers experts ont estimé que la capacité de travail n'était pas totalement anéantie, mais également la psychiatre traitant, la Dresse V_____. Elle a en effet préconisé, dans son rapport du 29 avril 2009, une réadaptation à mi-temps, dans un travail moins lourd et bruyant.

Se pose toutefois la question de savoir si l'état de santé de recourant s'est dernièrement aggravé sur le plan somatique avec la conséquence que sa capacité de travail est diminuée dans une plus ample mesure. En effet, une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs a été diagnostiquée le 19 avril 2009 par le Dr U_____. Selon toute vraisemblance, cette atteinte existait déjà lors de la notification de la décision du 24 février dont est recours. En effet, dans son rapport du 24 avril 2009, le Dr W_____ fait état de ce que le recourant se plaint depuis plusieurs mois de douleurs à la face antérieure de l'épaule. Ce médecin constate toutefois encore une élévation du bras à 150°. Ainsi, selon toute vraisemblance, il y a lieu d'admettre que la capacité de travail du recourant n'est pas diminuée d'une façon plus importante du fait de cette rupture de la coiffe des rotateurs, d'autant

moins que les experts du Centre d'expertise médicale avaient déjà tenu compte d'une tendinopathie du tendon sus-épineux engendrant des limitations similaires à celles d'une rupture de la coiffe des rotateurs. La Dresse M_____ a par ailleurs indiqué à cet égard que les douleurs à l'épaule droite s'étaient déjà aggravées depuis 2007, soit l'année de l'expertise.

Quant à l'appréciation de la capacité de travail par la Dresse M_____, il ne saurait en être tenu compte. En effet, elle n'explique pas pourquoi elle s'écarte de l'avis du Centre d'expertise médicale et en quoi les experts auraient erré dans leur évaluation. De surcroît, la Dresse M_____ n'est spécialiste ni en rhumatologie ni en orthopédie ni en psychiatrie, de sorte que son avis médical ne revêt qu'une valeur probante limitée.

Une diminution de la capacité de travail de 50%, telle que soutenue implicitement par la Dresse V_____, ne sera pas non plus admise. En effet, comme relevé ci-dessus, l'avis d'un expert indépendant est en principe à privilégier par rapport à celui du médecin traitant. Il convient à cet égard de considérer que l'expertise du Centre d'expertise médicale remplit les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. A cela s'ajoute que les derniers experts ont vu le recourant dans un moment particulièrement difficile de sa vie et que celui-ci ne bénéficiait de surcroît pas d'un traitement antidépresseur à la date de l'examen. L'état psychique du recourant était dès lors selon toute vraisemblance plutôt plus grave au moment de l'expertise qu'en avril 2009, date de l'évaluation de la Dresse V_____.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail par les Drs Q_____, R_____ et S_____.

Enfin, vu que les pièces médicales figurant dans le dossier sont suffisantes pour établir les faits, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire de procéder à d'autres actes d'instruction.

10. Cela étant, il y a lieu d'établir la perte de gain du recourant, sur la base d'une capacité de travail de 60 %.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et

2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale 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 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence).

11. En l'occurrence, la rente ayant été supprimée en 2009, cette année doit être en principe prise en considération pour la comparaison des salaires. Cependant, dans la mesure où la dernière "Enquête suisse sur la structure des salaires" date de 2006, le Tribunal de céans se fondera sur cette année, étant donné que l'évolution des salaires sans ou avec invalidité devrait en tout état de cause être déterminée, à partir de 2006, sur la base des mêmes indices.
12. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 56'784 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, p. 25). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2009, p. 98, B9.2), ce montant doit être porté à 59'197 fr. 30. Vu l'âge du recourant (presque 49 ans au moment de la suppression de la rente), ses handicaps considérables, qui empêchent notamment toute polyvalence, sa

nationalité étrangère et le taux d'activité partielle, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15 %. Il en résulte un revenu de 50'317 fr. 70. Au vu du taux de capacité de travail de 60%, le salaire d'invalide s'établit ainsi à 30'190 fr. 60.

Quant au salaire sans invalidité, le salaire du recourant aurait été en 2002 de 4'785 fr., soit 62'205 fr. par année (avec le 13^{ème} salaire), selon les déclarations du dernier employeur du 17 juin 2002. Adapté à l'évolution des salaires entre 2002 et 2006, le salaire d'invalide s'établit à 64'811 fr. 60 (La Vie économique, 4-2009, B10.3, p. 91).

Par conséquent, la perte de gain s'élève à 53,4%.

Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une demi-rente.

13. Reste à examiner le droit du recourant aux mesures d'ordre professionnel.

a) Selon l'art. 8 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007 (4^{ème} révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b aLAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

L'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1^{er} janvier 2008 reprend pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. Il précise toutefois à l'al. 1bis qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. Ces mesures sont par ailleurs complétées par une allocation d'initiation au travail, régie par l'art. 18a LAI, et une aide en capital, réglée à l'art. 18b LAI pour les personnes qui désirent entreprendre ou développer une activité en tant qu'indépendant.

b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de

réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible. Ainsi, en règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (ATF non publié du 13 juin 2007, I 552/06).

14. a) L'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5^{ème} révision), qui inclut également les conseils en matière de carrière. Cette mesure a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (cf. circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel - CMRP, n° 2001).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI (dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5^{ème} révision AI), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Cependant, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Il faut par ailleurs que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence. Cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de 20 % (ATFA du 5 février 2004, I 495/03, consid. 2.2; ATF 124 V 110 consid. 1b et les références).

c) S'agissant enfin du placement, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver, selon l'art. 18 al. 1 aLAI. Dans la nouvelle version de cette disposition, ce droit est ouvert aux assurés présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadaptés. L'assuré ne doit

donc plus nécessairement présenter une invalidité. Selon l'art. 18 al. 2 LAI, dans sa nouvelle teneur, l'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai, si les conditions sont remplies. L'invalidité ouvrant droit au service de placement consiste dans le fait que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens sont dues à son état de santé (MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 190s.). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût (MEYER-BLASER, op. cit. p. 86 et 124 sv). Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF non publié du 5 juin 2001, I 324/00 ; ATF 116 V 81 consid. 6a).

L'art. 18 al. 2 LAI dans sa nouvelle teneur ajoute par ailleurs que l'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies.

15. En l'espèce, le recourant a travaillé dans le bâtiment. Selon les experts, cette activité n'est pas adaptée à ses atteintes somatiques. Il ne peut ainsi plus exercer sa profession antérieure. A cela s'ajoute qu'il souffre de troubles psychiques considérables.

Cela étant, il convient d'admettre que son invalidité rend difficile le choix d'une profession. Par conséquent, il remplit les conditions de l'art. 15 LAI pour bénéficier d'une orientation professionnelle. Cette mesure permettra d'établir un bilan de compétence, d'apprendre les techniques de recherche d'emploi et de la recherche d'activités réalisables. Dans ce cadre, des stages pratiques pourront aussi être organisés (CMRP n° 2003), l'OCAI ayant également la faculté d'ordonner un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle et de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (cf. CMRP n° 2003). A l'issue de ce processus, il sera possible d'identifier une activité professionnelle appropriée. Il y aurait le cas échéant également lieu d'accorder au recourant une aide au placement, voire une allocation d'initiation au travail.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision dont est recours annulée, en ce qu'elle a entièrement supprimé la rente d'invalidité. Celle-ci sera par ailleurs réduite à 50 %. Enfin, le recourant est mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle.

17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
18. L'intimé qui succombe dans une large mesure sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 24 février 2009.
4. Réduit la rente du recourant à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2009.
5. Octroie au recourant une orientation professionnelle.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
7. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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