

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1624/2008

ATAS/962/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 29 juillet 2009

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

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. Monsieur R_____, ressortissant portugais né en mars 1960, est arrivé en Suisse en 1988 et y a exercé les activités de maçon et de nettoyeur.
2. En 1988, l'assuré a été victime d'un traumatisme crânien lors d'une chute à son travail d'une hauteur de 2,5 à 3 mètres. En octobre 1995, il a connu des phénomènes douloureux lombaires en soulevant un poids à son travail et une incapacité de travail totale a été attestée depuis le 27 octobre 1995.
3. En date du 29 janvier 1996, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de douleurs lombaires.
4. En date du 29 juillet 1998, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, conduite à la Clinique médicale universitaire de Lausanne. Les experts ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique d'allure chronique, un état dépressif récurrent d'importance moyenne, un syndrome de la douleur chronique sous forme de lombalgies et de cervicalgies, une hypertension artérielle, une obésité simple, ainsi qu'un status après traumatisme crânien simple avec plaie pariéto-occipitale gauche. Les experts ont conclu que, sur le plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte physique permettant de justifier une incapacité de travail dans les professions exercées jusqu'alors, de maçon et de nettoyeur. Sur le plan psychologique, une incapacité de travail de 80% paraissait justifiée pour les activités de maçon et de nettoyeur. Dans une activité adaptée légère du type de la surveillance, une capacité d'environ 50% était exigible.
5. L'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 13 mars au 21 mai 1999. Les maîtres de stage ont conclu à une capacité de travail complète, avec un rendement de 50%, tenant compte des limitations de l'assuré (pas de travail en position statique durable, pas de travail debout et penché en avant, pas de port de charges). Les activités possibles étaient celles de surveillant de machines ou de personnes, de travaux de contrôle, de travaux de conditionnement et opérateur sur machine (cf. rapport du COPAI du 23 juin 1999).
6. Du 30 août au 29 novembre 1999, l'assuré a suivi un stage de réentraînement au travail, également au COPAI. Les maîtres de stage ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 22 heures 30 par semaine.
7. Par décisions du 8 mars et du 22 mai 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 1996.

8. En août 2003, l'OCAI a entrepris une procédure de révision de la rente d'invalidité de l'assuré.
9. Dans un rapport du 27 octobre 2003, le Dr A_____, cardiologue, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique d'allure chronique, un état dépressif récurrent d'importance moyenne, ainsi qu'un syndrome de douleurs chroniques sous forme de lombalgies et de cervicalgies. L'incapacité de travail était de 66% depuis le 13 octobre 1996. L'état était stationnaire.
10. Par courrier du 13 mars 2004, l'assuré a informé l'OCAI qu'il ne suivait plus de séances de physiothérapie depuis l'année 2002. Il n'était pas allé consulter de psychiatre car selon lui il présentait un problème physique et non pas psychologique.
11. En date des 15 février et 1^{er} mars 2005, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr B_____, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG). Dans son rapport du 29 avril 2005, l'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le patient ne souffrait pas d'un état dépressif avéré, ni ne présentait de troubles psychiques susceptibles d'entraver la possibilité d'une réadaptation professionnelle. Une activité à 50% telle que décrite dans le rapport du COPAI sous réserve d'un réentraînement de trois mois pouvait être envisagée, dans des activités telles la surveillance, le contrôle de production, le contrôle de conditionnement. L'expert a précisé qu'il était dommageable que l'assuré n'ait pas fait de démarches auprès d'un médecin psychiatre, bien que cela lui ait été recommandé. Dans ce contexte, il n'était pas possible d'affirmer que tout avait été tenté pour réduire l'incapacité de travail et, pour ce motif, les conclusions de l'expertise effectuée en 1998 restaient de mise à l'heure actuelle.
12. Dans un complément d'expertise du 25 octobre 2005, le Dr B_____ a expliqué que l'assuré était divorcé mais gardait des liens avec son ex-femme, surtout relativement à sa fille cadette dont il avait la garde. Il avait par ailleurs un réseau d'amis avec lesquels il entretenait des relations relativement régulières, de même qu'avec ses parents, qu'il rencontrait presque chaque week-end, en particulier autour d'une activité d'entretien d'un petit jardin familial. Dans ce contexte, et tout en tenant compte des limitations liées à sa problématique algique chronique, l'expertisé menait une vie quotidienne relativement diversifiée, sans repli ou perte de contacts sociaux.
13. Dans un rapport sans examen clinique du 7 novembre 2005, le Dr D_____ du Service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle, dès 1997.
14. Par décision du 18 novembre 2005, l'OCAI a supprimé la rente de l'assuré.

15. Dans le cadre de la procédure d'opposition à cette décision, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI un rapport du Dr C _____ du 16 février 2006. Selon ce médecin, il n'y avait pas de diagnostics d'affections physiques avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics des affections sans répercussion sur la capacité de travail étaient des cervico-lombalgies non spécifiques. La seule limitation que l'on pourrait évoquer pour le patient était l'évitement du port de charges lourdes et de mouvements de rotation répétés du rachis. L'on pouvait admettre qu'au vu des cervicalgies et lombalgies, une activité plus sédentaire que celle de maçon devait pouvoir être entreprise à un taux de 100%.
16. Selon une IRM effectuée le 28 février 2006, l'assuré présentait des discopathies débutantes L3-L4 et L5-S1. Il n'y avait pas d'image de hernie discale décelable.
17. Le Dr D _____ du SMR, s'est prononcé sur cette IRM dans une note du 29 mai 2006. Il a relevé que les lombalgies étaient signalées depuis de nombreuses années, soit depuis 1992 déjà. La gravité de l'atteinte au niveau lombaire était tout à fait comparable à ce qui existait auparavant et ces lésions dégénératives pouvaient être considérées comme peu importantes. Ce document radiologique ne remettait pas en cause l'appréciation précédente de l'OCAI.
18. Par décision du 1^{er} juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré.
19. Par arrêt du 22 novembre 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision, en considérant que l'état psychique du recourant s'était amélioré depuis la première décision de rente. Par ailleurs, le Dr C _____ n'avait constaté aucune incapacité de travail liée à des affections physiques. Pour le surplus, le Tribunal de céans a considéré que les critères jurisprudentiels pour admettre un caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis.
20. A la demande de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), l'assuré a suivi un stage à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) à plein temps, soit à raison de six heures par jour, du 4 juin au 2 juillet 2007. Les activités consistaient en démontage de matériel électrique en positions alternées, en réfection de dossiers médicaux en position majoritairement assise, parfois debout, en peintures et vernis en position debout. Il est constaté dans le rapport du 11 juillet 2007 y relatif que l'assuré était une personne ponctuelle et motivée, et qu'il avait effectué toutes les tâches avec minutie. Cependant, aucune position de travail n'était envisageable plus de 30 minutes et l'assuré devait pouvoir modifier ses postures en fonction de ses douleurs. Les travaux qui demandaient d'élever les bras au-dessus des épaules ou qui nécessitaient des inclinaisons du buste étaient à proscrire. Il n'était par ailleurs plus possible pour cet assuré de se mettre en position accroupie sans aide pour se relever. Selon ce rapport, l'assuré était inapte au placement à 50%. Par ailleurs, il n'était plus en mesure de travailler

dans le marché primaire et une aptitude à 50% dans un atelier protégé était la seule piste envisageable.

21. Par décision du 21 août 2007, l'OCE a déclaré l'assuré apte au placement à concurrence d'un taux d'activité de 50% dès le 11 juillet 2007. Il ressort de cette décision que l'assuré avait participé du 3 septembre au 3 décembre 2007 à un programme d'emploi temporaire fédéral (PETF) dans le cadre de l'atelier blanchisserie/buanderie, afin de trouver une activité au taux de 50% et de vérifier si l'assuré était capable d'exercer une telle activité, compte tenu des bilans du stage aux HUG. En regard de sa participation à ce programme, l'OCE a considéré qu'il satisfaisait aux dispositions légales relatives à l'aptitude au placement à 50%.
22. Le 27 novembre 2007, le Dr C_____ a fait savoir au conseil de l'assuré que, du point de vue thérapeutique, l'ensemble des traitements entrepris jusqu'à présent n'avait pas permis une sédation du syndrome douloureux exprimé par l'assuré. Celui-ci présentait en outre un état d'épuisement secondaire aux douleurs chroniques. Par ailleurs, l'état de santé qui l'avait amené à l'obtention d'une demi-rente, n'avait pas fondamentalement changé depuis l'octroi de celle-ci, de sorte que ce médecin ne voyait pas pourquoi la demi-rente avait été supprimée. Selon son appréciation, l'assuré ne pouvait assumer une activité professionnelle légère qu'au taux maximal de 50% et ceci de façon définitive.
23. Par courrier du 5 décembre 2007, le conseil de l'assuré a communiqué à l'OCAI le rapport relatif au stage de réadaptation professionnelle de l'atelier des HUG, ainsi que le courrier précité du Dr C_____. Sur la base de ces documents, il a invité l'OCAI à procéder à une révision et à lui octroyer une demi-rente d'invalidité.
24. Le 9 janvier 2008, l'assuré a adressé à l'OCAI copie du courrier du 29 décembre 2007 de la Dresse E_____, psychiatre, à son conseil. Ce médecin a indiqué avoir vu l'assuré à quatre reprises depuis le 26 novembre 2007, en raison d'une thymie dépressive, de préoccupations, d'une dévalorisation de soi, de moments d'angoisses et de troubles du sommeil. Le patient présentait des douleurs au dos et dans la nuque irradiant dans sa tête et avait de la peine à rester assis après 30 minutes. Il lui avait fait part de son vécu d'injustice par rapport à la non-reconnaissance de ses souffrances dans le contexte d'une révision de sa rente d'invalidité. La Dresse E_____ a posé le diagnostic d'un état dépressif moyen avec douleurs chroniques. Elle a instauré un suivi régulier en raison d'une fois par semaine et un traitement antidépresseur. La reconnaissance de ses souffrances pouvait aussi modifier l'état psychique du patient, en lui rendant son estime de soi, selon ce médecin.

25. Dans leur avis médical du 1^{er} février 2008, les Drs F_____ et G_____ du SMR ont déclaré que les documents présentés ne permettaient pas de modifier l'appréciation précédente.
26. Le 7 février 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de prestations.
27. L'assuré s'étant opposé à ce projet par l'intermédiaire de son conseil, le Dr F_____ s'est prononcé à nouveau sur le dossier par son avis médical du 9 avril 2008. Il a relevé que le Dr C_____ avait indiqué, dans son rapport du 27 novembre 2007, que l'état de santé du patient n'avait pas fondamentalement changé depuis l'octroi de la rente. Par conséquent, le droit à une rente devait être refusé. Quant au diagnostic d'état dépressif moyen posé par la Dresse E_____, il n'était pas d'une sévérité suffisante. Le rôle de l'assurance-invalidité n'était pas non plus de rétablir une rente pour permettre à l'assuré d'aller mieux, comme préconisé par la psychiatre. Enfin, les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour reconnaître aux troubles somatoformes douloureux persistants un caractère invalidant.
28. Par décision du 9 avril 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision précité.
29. Par acte du 8 mai 2008, l'assuré interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sous suite de dépens. Préalablement, il conclut à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Il fait valoir que l'avis médical du SMR du 2 février 2008 n'a aucune valeur probante, dans la mesure où celui-ci était en contradiction flagrante avec le rapport établi par l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG, avec la décision d'inaptitude au placement à 50% de l'OCE et les rapports médicaux des Drs C_____ et E_____, concluant tous à une incapacité de travail à 50%.
30. Par préavis du 3 juin 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à la décision attaquée, en ce qui concerne la motivation.
31. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse E_____ lui répond le 4 octobre 2008 qu'elle continue à suivre le recourant à raison d'une fois par semaine. Il souffre d'un épisode dépressif moyen (F32.1) et suit un traitement antidépresseur Zoloft, respectivement Seralin mepha à 100mg par jour. La compliance est bonne. Il y a peu d'amélioration, mais moins d'anxiété. A la question de savoir quelles limitations provoquent les atteintes à la santé psychique diagnostiquées, elle répond que

« La non-reconnaissance de sa souffrance somatique, sa situation financière précaire, l'impossibilité de trouver du travail adéquat à son état physique et les douleurs physiques persistantes maintiennent un

état dépressif avec des sentiments d'injustice, d'infériorité, d'infirmité, d'inutilité, d'irritabilité avec une humeur triste, des ruminations, des revendications et des angoisses existentielles ».

Elle estime qu'il est difficile d'exprimer en chiffres quelle est la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, sans tenir compte du trouble somatoforme douloureux persistant. Elle indique à cet égard qu'elle ne peut pas faire abstraction des douleurs physiques, lesquelles affectent son psychisme. Elle n'est pas non plus d'accord avec le terme « trouble somatoforme », dans la mesure où il correspond à un vécu psychique de la douleur sans fondement somatique ou à une douleur pas très importante mise en avant ou exagérée par le vécu dépressif. Selon ses observations, le patient présente des douleurs physiques invalidantes qui l'empêchent de rester assis plus de 30 minutes et qui le rendent irritable, impatient et incapable de continuer à se concentrer sur une activité. Elle estime que la capacité de travail de son patient pourrait être de 40 à 50% dans un travail adapté à son état physique. Quant à la question de savoir s'il subit un retrait social, la Dresse E_____ mentionne qu'il est en retrait par rapport à sa vie antérieure, ce qu'elle juge très probable dès lors qu'il se sent irritable, inférieur aux autres, a honte de rester sans activité et de sa situation financière.

32. Dans sa détermination du 30 octobre 2008, le recourant persiste dans ses conclusions.
33. Le 21 octobre 2008, le Dr F_____ se détermine sur les réponses données par la Dresse E_____. Il relève que le Dr C_____, dans son courrier du 27 novembre 2007, n'apporte aucun nouvel élément de symptomatologie susceptible de modifier l'évaluation de la situation. La Dresse E_____ n'étaye pas non plus une affection durable ou du moins un échec de tout traitement appliqué. Par ailleurs, elle n'a pas apporté la preuve d'une bonne observance thérapeutique que seul un monitoring thérapeutique permet. Le Dr F_____ estime également que tout n'a pas été fait pour réduire le dommage et se demande combien de molécules différentes ont été administrées et avec quel effet, ainsi que si le dosage maximal de chacune d'elles a été atteint. Selon ce médecin, il faut essayer d'associer deux antidépresseurs ou d'utiliser des potentialisateurs, des antidépresseurs tels que le lithium ou l'hormone thyroïdienne. Il est ainsi prématuré d'affirmer qu'il y a un état dépressif moyen durable, en l'absence de l'échec de toute tentative de réduire le dommage.
34. Sur la base de cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 6 novembre 2008.
35. Le 25 novembre 2008, la Dresse E_____ se détermine sur l'avis médical du 21 novembre 2008 du Dr F_____. Elle relève « que personne ne s'attend à ce que [le recourant] soit mis à l'AI en raison d'un état dépressif moyen, qui peut être

soigné dans la plupart des cas ». Selon son appréciation, la rente doit être octroyée à 50% en raison des douleurs dorsales et cervicales handicapantes, douleurs qui ont existé bien avant que le recourant présente un état dépressif. Elle rappelle en outre que le Dr B _____ a également préconisé le maintien d'une rente à 50%. Il n'a pas non plus mentionné un état dépressif. Par ailleurs, depuis la première expertise, les douleurs du recourant se sont aggravées. Il est très probable que l'état dépressif se soit installé après la suppression de la rente qui a mis le patient dans une situation précaire. La Dresse E _____ indique avoir fondé le diagnostic d'état dépressif moyen sur ses observations cliniques et estime dès lors qu'il n'est pas nécessaire de documenter cette étape par des tests. Elle a choisi l'antidépresseur Zoloft, respectivement son générique, pour sa qualité anxiolytique spécifique, dans la mesure où le patient manifestait beaucoup d'anxiété, d'irritabilité et manquait de sommeil. L'augmentation de la dose à 100mg n'a pas permis une amélioration des symptômes, notamment des douleurs et de sa situation sociale. Selon son appréciation, un antidépresseur tricyclique n'est pas indiqué dans le cas de son patient en raison des risques cardiovasculaires importants induits par ce médicament et de ses problèmes d'hypertension artérielle. En outre, il n'y a pas de preuve nette que les antidépresseurs soient plus efficaces qu'un placebo pour le traitement de lombalgies chroniques. Quant à la prescription du Lithium ou de l'hormone thyroïdienne T3, elle n'est pas adaptée au type de dépression de son patient et est indiquée uniquement en cas de dépression majeure sévère, avec menace pour la vie et résistante à tout autre traitement. Toutefois, son patient va essayer un traitement avec du Cymbalta 60mg. La psychiatre s'étonne que l'origine traumatique des douleurs de son patient, à savoir une chute de 7 mètres de haut est complètement mise à l'écart. Enfin, elle estime qu'il est nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

36. Le 22 janvier 2009, le Dr F _____ se détermine sur le courrier précité de la Dresse E _____. Il observe que la chute était de 2,5 à 3 mètres et non pas de 7 mètres. Par ailleurs, le SMR ne nie pas l'affection somatique, mais au contraire considère qu'elle n'est pas invalidante et que seule une atteinte d'ordre psychiatrique limite l'assuré dans la reprise d'une activité (état de stress post-traumatique, épisode dépressif moyen, trouble somatoforme). Enfin, une nouvelle expertise n'aurait aucun sens, en l'absence de nouveaux éléments sur le plan somatique.
37. Se référant à l'avis précité, l'intimé persiste dans ses conclusions, par courrier du 3 février 2009.
38. Par lettre du 12 février 2009, le recourant réitère sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et maintient ses conclusions précédentes.

39. Le 19 février 2009, la Dresse E_____ transmet au conseil du recourant le monitoring des médicaments Zoloft et Cymbalta, duquel il résulte que les taux se situent dans la zone thérapeutique. La psychiatre expose en outre que le médicament Zoloft n'a pas eu d'effet sur les douleurs de son patient, de sorte qu'elle n'a eu aucun argument pour continuer ce traitement. Avec le Cymbalta, on constate que le patient est moins anxieux, moins déprimé, mais toujours désespéré en observant la ténacité et même l'augmentation de l'intensité de ses hyperalgies handicapantes dans les activités de sa vie quotidienne. Elle répète qu'une nouvelle expertise psychiatrique lui semble nécessaire.

40. Par courrier du 25 février 2009, le recourant persiste dans ses conclusions, sur la base de l'appréciation précitée de la Dresse E_____.

41. Dans son avis médical du 30 avril 2009, la Dresse H_____ du SMR déclare qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne ferait que confirmer la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant non invalidant et estime qu'il n'est dès lors pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

42. Entendu par le Tribunal de céans, le recourant déclare le 6 mai 2009 ce qui suit :

"Le travail que j'ai effectué à la buanderie en 2007, dans le cadre d'un emploi temporaire, m'était difficile. Certaines positions étaient douloureuses.

Aujourd'hui, je ne suis plus suivi par l'OCE et je ne cherche plus un emploi.

En 2008, l'OCE m'avait proposé un travail à 50 % à l'Office des Poursuites. Cependant, la responsable de cet Office a renoncé à m'engager, dans la mesure où je n'ai pas de connaissances en allemand."

43. Le 17 juin 2009, le Tribunal de céans procède à l'audition du Dr C_____, lequel déclare ce qui suit :

"M. R_____ m'a consulté pour des problèmes de cervicalgie et lombalgie le 7 septembre 1999. Il s'agit de cervicalgies et de lombalgies non spécifiques, c'est-à-dire dues à des dégénérescences, éventuellement décompensées suite à l'accident survenu en 1988.

Ces atteintes provoquent des limitations modérées. Il y a à cet égard aussi à relever que le surpoids qu'il présente restreint la mobilité générale. Dans un métier lourd, la capacité de travail est nulle. Cependant, dans un métier adapté à ses limitations, elle est de 50 %, en tenant également compte du trouble somatoforme douloureux persistant.

Son état physique n'a pas significativement changé depuis 2005, mais son état psychique s'est péjoré.

Depuis la suppression de rente, l'état de stress et l'anxiété se sont aggravés, raison pour laquelle le patient est également en traitement chez une psychiatre. Ces troubles psychiques ont également une répercussion négative sur les douleurs."

44. 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, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 5 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. 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. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008,

9C_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

5. En l'espèce, il ne fait pas de doute que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant. Est ainsi litigieuse la question de savoir si l'état de santé de celui-ci s'est aggravé au point de lui ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77*).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

9. En l'espèce, le Dr C_____ a admis, dans son courrier du 27 novembre 2007 au conseil du recourant, ainsi que lors de son audition du 17 juin 2009 devant le Tribunal de céans que l'état de santé du recourant n'avait pas fondamentalement changé depuis que celui-ci avait été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, soit en mars 2000. Aux yeux de ce médecin, la demi-rente n'aurait dès lors pas dû être supprimée. Il est vrai que tel n'a pas été l'avis de l'intimé, confirmé par l'arrêt du Tribunal de céans du 22 novembre 2006, dans la mesure où une amélioration de l'état de santé sur le plan psychique avait été constatée. Toujours est-il que, sur le plan somatique, une aggravation de l'état de santé du recourant ne peut être retenue, au vu des déclarations du Dr C_____.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant au niveau psychique, sur la base de l'appréciation de la psychiatre traitante, la Dresse E_____, il peut être retenu que le recourant ne souffre pas d'une comorbidité psychique importante par sa gravité et son acuité, dans la mesure où elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, de surcroît réactionnel au trouble somatoforme douloureux. Il n'appert pas non plus que les autres critères jurisprudentiels seraient établis pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant dont est affecté le recourant. En effet, en dehors des douleurs qui doivent être attribuées au trouble somatoforme douloureux, le recourant ne souffre pas d'affections corporelles chroniques limitant sa capacité de travail. Certes, il présente un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, même si son état psychique a pu être légèrement amélioré selon la Dresse E_____. Cependant, il n'a pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et rien n'indique qu'il a un vécu pouvant expliquer le développement du trouble somatoforme douloureux et permettant de retenir un état psychique cristallisé,

résultant d'un processus défectueux de résolution d'un conflit. Ainsi, même s'il faut admettre que les traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ont échoué, il ne peut être admis en l'occurrence que le trouble somatoforme douloureux persistant engendre, d'un point de vue juridique, une incapacité de travail, dès lors que bon nombre des critères jurisprudentiels ne sont pas remplis.

En ce qui concerne le résultat du stage à l'atelier de réadaptation professionnelle aux HUG, une aggravation de l'état de santé ne peut non plus être admise sur la base du rapport y relatif, ce stage ne constituant pas une évaluation de la capacité de travail sur le plan médical mais une observation des possibilités professionnelles du recourant dans le cas concret.

10. Cependant, dans la mesure où une certaine amélioration de la motivation de travailler peut être admise, l'OCE ayant déclaré le recourant apte au placement à concurrence d'un taux d'activité à 50 %, la question des mesures d'ordre professionnel se pose.
11. 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).

c) S'agissant 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 minimes, 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.

12. a) En l'espèce, le recourant a déjà bénéficié d'un stage d'observation professionnelle et d'un stage de réentraînement au travail en 1999, mesures qui ont permis d'établir les activités qui étaient encore possibles à l'époque. Il ne se justifie ainsi plus de lui octroyer une mesure d'orientation professionnelle.

Cependant, ses limitations sur le plan somatique dues au trouble somatoforme douloureux rendent difficiles la recherche d'un emploi. Aussi, il y a lieu d'accorder au recourant une aide au placement, afin de bénéficier d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, au sens de l'art. 18 al. 1 let. a LAI. Le cas échéant,

il y a également lieu de lui octroyer une allocation d'initiation au travail, mesure prévue à l'art. 18a LAI.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis, la décision litigieuse annulée, en ce qu'elle a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une aide au placement dans une activité à 50 %, et confirmée pour le surplus.
14. Le recourant obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
15. Au vu de l'issue de la présente procédure, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**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 9 avril 2008, en ce qu'elle a refusé au recourant une aide au placement et la confirme pour le surplus.
4. Octroie au recourant une aide au placement au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.
6. Renonce à percevoir un émolument de justice.
7. 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