REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1850/2006 **ATAS/631/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , CHENE-BOUGERIES, élisant domicile dans les bureaux de Monsieur B_____	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1960, sans formation professionnelle, a travaillé comme jardinier dans un club de golf.

2. Depuis 1986, l'assuré a souffert de lombalgies chroniques. Un scanner lombaire effectué au mois de juin 1993 a mis en évidence quelque lésions dégénératives au niveau de disques, avec des articulations postérieures intactes et l'absence de hernie. Les médecins du "établissement hospitalier" ont relevé l'absence de syndrome inflammatoire et un aspect radiologique peu évocateur d'une spondylarthropathie. Ils ont préconisé que l'assuré perde du poids, à raison de 15 à 20 kg.

3. Le 10 février 1994, il a déposé une première demande de prestations - sous forme de reclassement dans une nouvelle profession - auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une atteinte à la santé apparue le 27 septembre 1993.

4. Le 25 mai 1994, un rapport d'expertise a été établi par le Dr. A_____, spécialiste FMH en chirurgie, à l'intention de WINTERTHUR ASSURANCES. Il a posé les diagnostics suivants : lombalgies chroniques invétérées sur discopathies étagées, ancien Scheuermann et ostéochondrose. Il a estimé que l'assuré devait éviter les travaux de force et la station debout prolongée.

5. Un stage de formation professionnelle en tant que sommelier a été organisé en janvier 1995 par l'Office de réadaptation professionnelle auprès de l'association X_____, qui devait durer trois mois. L'assuré a commencé à mi-temps. Après une semaine, il a présenté un certificat d'incapacité et le stage a été interrompu. Dans un rapport du 20 janvier 1995, le directeur des programmes de réadaptation professionnelle de l'association X_____ a relevé que l'assuré avait pu pratiquer le service en salle et le travail en cuisine mais que, très rapidement, il avait montré des signes de douleur dans le dos et la jambe. Il a également été mentionné que sa situation plongeait l'assuré dans la tristesse et le désespoir. La très courte durée du stage a amené le directeur de l'association X_____ a reconnaître que l'assuré n'était pas en mesure d'assumer une activité professionnelle suivie régulière dans l'hôtellerie mais qu'une évaluation précise de ses capacité n'était pas aisée. Il a été souligné que l'assuré avait fait preuve de bonne volonté mais qu'il était difficile de dire si les douleurs étaient réelles ou non (pce 6 fourre 5 OCAI).

6. Devant l'échec de cette mesure d'observation professionnelle, l'OCAI a demandé une expertise au Centre multidisciplinaire de la douleur. Le rapport d'expertise, daté du 21 novembre 1995, a été établi par les Drs B_____, psychiatre, et C_____, rhumatologue.

Il y a été mentionné que, du point de vue constitutionnel, l'assuré ne présentait pas de troubles statiques majeurs, que le rachis dorsal n'était pas limité dans sa mobilité, que la mobilité du rachis lombaire était en revanche limitée dans tous les plans et l'examen rendu difficile par l'assuré. Il n'y avait pas de contracture paravertébrale majeure et l'examen de sacro-iliaques était sans particularité. Le statut neurologique des membres était également normal. Les radiographies lombaires avaient montré une image normale; seule avait été constatée une triangulation physiologique du disque L5-S1. Le scanner lombaire avait révélé une légère protrusion discale mais sans compression radiculaire. Aucune arthrose des articulaires postérieures n'avait été constatée. La scintigraphie osseue avait montré une légère hypercaptation non spécifique. Du point de vue somatique, le diagnostic de lombalgie commune a été posé, associé à une obésité, l'assuré dépassant de 25kg le poids idéal pour sa taille.

Quant à l'examen psychologique, il n'a révélé aucun signe de décompensation, que ce soit dans le registre névrotique ou psychotique, mais seulement quelque dévitalisations évoquant un processus de dépression masquée. Les médecins ont conclu à une évolution sinistrosique chez une personnalité compensée.

S'agissant de la capacité de travail, les médecins ont estimé qu'elle demeurait entière dans un travail ne requérant pas le port de charges lourdes.

7. Par décision du 20 juin 1997, l'OCAI a rejeté sa demande de reclassement. Cette décision a été confirmée sur recours par la Commission cantonale de recours en matière d'assurance invalidité - alors compétente en la matière - le 13 janvier 1999 puis, par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) le 10 décembre 1999. Dans son arrêt, la Commission de recours puis le TFA ont considéré que l'assuré ne subissait aucune perte de gain dans la mesure où il était à même de reprendre une activité du même genre que celle qu'il exerçait précédemment comme jardinier au Golf Club. Une pleine valeur probante a été reconnue au rapport d'expertise du 21 novembre 1995.

8. Par courriers des 23 février et 27 juin 2000, l'assuré a demandé l'ouverture d'une procédure visant à l'obtention d'une rente d'invalidité de 50% au moins.

9. Par courrier du 11 août 2000, l'OCAI a informé l'assuré que suite à l'arrêt du TFA du 10 décembre 1999, confirmant la décision du 20 juin 1997, sa demande devait être assimilée à une demande de révision et qu'il devait dès lors rendre plausible que l'invalidité de l'assuré s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

10. Le 1er septembre 2000, l'assuré a répondu que l'arrêt du TFA concernait des mesures professionnelles et qu'il avait finalement procédé lui-même à son reclassement puisqu'il avait pu ouvrir un tea-room à St-Jean.

11. Le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué, dans un courrier daté du 7 novembre 2000, que l'assuré, qui se plaignait de douleurs à la

cheville droite, souffrait d'arthrose principalement au niveau de l'articulation du chopart à droite.

12. Le 19 octobre 2001, l'assuré a subi une arthrodèse à la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des ("établissement hospitalier").

13. Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 14 février 2002, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé depuis le printemps 2000 puisqu'outre son problème lombaire - déjà connu - il souffrait aussi de troubles psychique et de douleurs aux pieds.

14. Du rapport établi le 24 avril 2002 par le Dr E_____, il ressort que le patient souffre de lombalgies chroniques depuis 1986, d'un état dépressif moyen réactionnel depuis 1997, et de douleurs aux pieds**,** plus droite qu'à gauche, depuis octobre 2000. S'y ajoutent, sans influence sur la capacité de travail, une surcharge pondérale importante, une hypertension artérielle stabilisée et une hyperlipidémie. Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail du 1er février 1994 au 31 mai 1997, puis à 50% du 1er juin 1997 au 30 mars 2001, puis à nouveau à 100%. Selon lui, aucune amélioration n'est intervenue suite à l'arthrodèse du pied droit. Au contraire, le patient allègue que les douleurs ont encore augmenté. A cause de la marche vicieuse, les douleurs lombaire se sont accentuées. Le patient dit ne pas pouvoir marcher plus de 200 à 300 mètres.

15. Quant au Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il a indiqué, dans un rapport daté du 22 juillet 2002, que l'assuré souffrait d'un état dépressif moyen. Il a confirmé les périodes et taux d'incapacité fournis par le médecin-traitant et s'est déclaré favorable à un examen complémentaire.

16. Le Dr. G_____, du Service médical régional AI (SMR), auquel ont été soumis ces rapports, a relevé, dans un avis daté du 23 août 2002, qu'après l'opération en octobre 2001 de l'atteinte à la cheville et une convalescence de quelques mois, l'arthrodèse permettait la position assiste et même de courts déplacements, que les lombalgies s'étaient aggravée au printemps 2000 en même temps que le problème psychique et que le psychiatre concluait à une totale incapacité de travail à compter du 1er avril 2001 mais préconisait un examen complémentaire.

17. La Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, relevant que les deux médecins traitants étaient demandeurs d'un examen complémentaire, a préconisé de procéder à une expertise multidisciplinaire au centre d'observation médical de l'AI (COMAI).

18. Un rapport d'expertise a été rendu en date du 24 septembre 2003 par la Policlinique médicale universitaire, par le Dr H_____.

L'expertise s'est basée sur le dossier de l'OCAI et sur un examen clinique de l'assuré.

Le Dr I_____, psychiatre, a conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant, à une personnalité à traits paranoïaques et dépendants et à un épisode dépressif en voie de rémission. Le médecin a souligné la motivation réelle dont avait fait preuve l'assuré pour reprendre une activité professionnelle, rappelant qu'il a tenté de conduire des tracteurs puis d'ouvrir un tea-room. Il a conclu à une origine inconsciente de l'aggravation des douleurs. Il a par ailleurs indiqué que, grâce à une prise en charge psychothérapeutique adéquate doublée d'une médication antidépressive, l'état du patient s'était lentement amélioré, étant précisé que quelques symptômes persistaient et que l'équilibre psychique était encore précaire. Le médecin a jugé que l'on pouvait espérer, à moyen terme, une capacité de travail de 50%, pour autant que l'assuré puisse stabiliser son humeur et trouver un mode de réinsertion professionnel adéquat.

Quant au Dr J_____, rhumatologue, il a posé les diagnostics suivants : lombalgies communes, talagie bilatérale sur troubles statiques des pieds bilatéraux avec arthrose astragalo-naviculaire bilatérale et probable composante du syndrome somatoforme douloureux persistant. Il a également mentionné, en précisant qu'ils n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail : une obésité et une dyslipidémie modérée. Il a jugé que la capacité de travail était nulle dans tous les travaux nécessitant des déplacement fréquents, mais qu'en revanche, l'assuré pourrait exercer une activité assiste, avec possibilité de changer de position toutes les heures, sans mouvements répétitifs continus, à raison de 80%. Sa capacité à travailler comme jardinier ou dans un tea-room a été évaluée à 30%.

D'un commun accord, les médecins ont estimé qu'en tenant compte strictement de l'atteinte à la cheville, la capacité de travail exigible atteindrait 80% dans une activité permettant la position assise et les changements de position fréquents. Ils ont en revanche estimé que les lombalgies n'avaient pas de caractère invalidant majeur sauf dans une activité lourde. Ils ont confirmé que l'état dépressif évoluait favorablement, tant subjectivement qu'objectivement, sous le traitement. Ils ont évoqué des traits de personnalité paranoïaques en précisant que les critères d'un trouble de la personnalité n'étaient toutefois pas réunis. Les médecins ont convenu de majorer l'appréciation de l'incapacité de travail et de la réduire à 50% pour tenir compte du fait que l'assuré a montré une claire volonté pour se réinsérer et qu'il est encore fragile psychologiquement.

19. Le 4 décembre 2003, le Dr G_____ a fait remarquer que si l'assuré avait certes de la peine à se déplacer, il ne comprenait pas pourquoi, du point de vue physique seul, la capacité de travail serait diminuée de 20 % dans un poste adapté s'exerçant essentiellement en position assise. Il a relevé par ailleurs que la baisse de 30% de la capacité de travail liée à la présence d'un trouble somatoforme douloureux n'avait

pas lieu d'être dans la mesure où les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant à ce trouble n'étaient pas remplies. En conclusion, en ne tenant compte que de l'atteinte des pieds et, partiellement, des lombalgies sans substratum anatomique notable, il a estimé que la capacité de travail devait atteindre au moins 80% dans un poste adapté.

20. Le 12 janvier 2004, la Division de réadaptation professionnelle a relevé que si l'assuré ne répondait pas aux conditions d'octroi d'une rente, il remplissait en revanche théoriquement les conditions pour la prise en charge de mesures professionnelles. Elle a proposé d'organiser un stage d'évaluation et d'orientation professionnelle puis de prendre en charge, s'il y avait lieu, un reclassement professionnel sous forme de stage pratique s'il s'avérait que celui-ci permettrait ou favoriserait la reprise d'un emploi (pce 7, fourre 5 OCAI).

21. L'assuré a donc suivi un stage auprès de la FONDATION PRO du 1er février au 25 avril 2004. Du rapport d'évaluation établi le 12 mai 2004, il ressort que l'assuré, qui a effectué différentes activités d'assemblage et de préparation de le département "électricité et sous-traitance industrielle", a révélé d'excellentes aptitudes manuelles au niveau de la dextérité, de l'adresse, de la finesse et de la minutie. De plus, il a été souligné qu'il comprenait et assimilait très bien les consignes données. Globalement, l'état physique de l'assuré s'est fortement péjoré en cours de stage. Il a commencé à travailler à 100%. Rapidement, les douleurs au dos et au jambes sont devenues de plus en plus fortes, de sorte qu'il a dû augmenter les doses de médicaments. Ces douleurs survenaient après deux heures de travail. A la fin du mois de février, il ne travaillait plus qu'à 50%. Le 5 avril, il a augmenté son temps de travail à 75% mais il a alors dû rentrer de plus en plus tôt.

    Les maîtres de stage ont relevé des limitations physiques importantes : obligation d'alterner les positions, position assise, possibilité de pouvoir s'appuyer pour soulager son dos, impossibilité de porter des charges, utilisation d'une canne, manque de force dans les jambes, douleurs même dans des activités légères.

    L'attitude très volontaire de l'assuré a été soulignée. Les responsables ont conclu que l'assuré pourrait sans doute assumer une activité d'ouvrier d'établi dans des ateliers d'assemblage de petites pièces mécaniques à 50% mais qu'il était difficile d'affirmer qu'il pourrait conserver ce taux d'occupation.

22. Par décision du 16 juillet 2004, l'OCAI a refusé toute prestation.

    L'OCAI s'est référé au stage suivi auprès de la Fondation PRO, qui a démontré que l'assuré disposait d'excellentes aptitudes manuelles et de bonnes capacités de compréhension, d'apprentissage et d'autonomie. Il s'est basé pour le surplus sur les conclusions du SMR et a retenu une capacité de travail, dans le domaine de l'industrie manufacturière légère, de 80%.

Il a comparé le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré dans son activité précédente en 1994, soit 54'586 fr. 15 (dernier revenu obtenu auprès du Golf Club, réactualisé) à celui qu'il aurait pu théoriquement obtenir malgré son invalidité, soit 40'833 fr. (ESS 2000, TA1, activité simple et répétitive dans l'industrie manufacturière [15-37] : 4'800 fr. pour 40 h./sem. = 5'004 fr. pour 41,7 h./sem. = 60'048 fr. par an en 2000 = 48'038 fr. à 80% = 40'833 compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15 % pour tenir compte des limitations), aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 25,20 **%** insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Par ailleurs, s'agissant d'éventuelles mesures professionnelles, l'OCAI a estimé qu'elles ne seraient pas de nature à faciliter la reprise d'un emploi ou à diminuer la perte de gain dans la mesure ou les limitations de l'assuré étaient relativement peu contraignantes et où il existait sur le marché du travail un certain nombre d'autres activité simples et répétitives adaptées à ses limitations qui lui seraient accessibles sans formation professionnelle supplémentaire.

23. Par courrier du 25 août 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision.

24. Par courrier du 30 décembre 2005, le Dr E_____ a informé l'OCAI que l'état de santé de son patient était resté globalement stationnaire sur le plan somatique. Il a toutefois rappelé que le stage d'observation professionnelle avait eu pour conséquence une nette péjoration.

25. Quant au Dr F_____, il a indiqué, le 11 février 2006, que l'état psychique du patient ne s'était pas aggravé.

26. Le 13 avril 2006, l'OCAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 16 juillet 2004.

    L'OCAI a fait remarquer que le TFA avait confirmé dans son arrêt du 10 décembre 1999 la décision du 20 juin 1997 rejetant la demande de reclassement dans une nouvelle profession.

    Il s'est par ailleurs référé au rapport du COMAI du 24 septembre 2003 et à la jurisprudence applicable en matière de troubles somatoformes douloureux. Il a constaté que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiatriques sévères ni de troubles de la personnalité associés, qu'il s'occupait de ses enfants et du ménage, qu'il voyait ses amis avec plaisir, qu'aucune régression sociale n'était signalée et qu'à la lumière de ces éléments, le trouble somatoforme dont il souffrait ne remplissait pas les conditions jurisprudentielles pour admettre qu'il avait des conséquences invalidantes.

    Quant à l'appréciation de la fondation PRO, l'OCAI a estimé qu'elle n'était pas propre à remettre en cause l'évaluation des experts en rhumatologie, d'autant qu'elle se basait uniquement sur les plaintes de l'assuré. En conséquence, l'OCAI s'est donc

basé sur la capacité de travail exigible retenue par les experts médicaux**,** en relevant que le stage d'observation avait d'ailleurs permis de mettre en évidence chez l'assuré d'excellentes aptitudes manuelles et de bonnes capacités de compréhension. L'OCAI a par ailleurs rappelé que la jurisprudence accordait plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à celles du médecin traitant.

En conséquence, il a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité légère à 80%.

27. Par courrier du 22 mai 2006, l'assuré a interjeté recours. Il a conclu à l'annulation de la décision du 13 avril 2006, à ce qu'il soit constaté que sa capacité de travail n'atteint que 50%, à l'octroi de mesures professionnelles et d'une demi-rente**,** avec suite de frais et dépens.

L'assuré se réfère aux constatations du COMAI et à l'évaluation de la Fondation PRO. Il conteste que le COMAI ait conclu à une capacité de 80% estimant que lorsqu'il a évoqué ce taux, le COMAI se référait seulement à son obésité.

Il fait valoir que la théorie médicale est en complète contradiction avec la réalité, ce que les maîtres de stage de la Fondation PRO ont pu observer.

Le recourant fait valoir que les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant à son TSD sont remplies dans la mesure où il souffre d'une affection corporelle chronique sans rémission durable depuis 1993. Il reconnaît qu'il ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, mais affirme qu'il voit beaucoup moins ses amis et connaissances, se confine à domicile et se sent exclu de la société par son incapacité physique et ses douleurs persistantes. Quant à la condition relative à l'état psychique cristallisé, le recourant estime qu'elle est manifestement remplie dans la mesure où sa dépression moyenne apparaît stabilisée avec une personnalité à traits paranoïaques particulièrement soulignée par le Dr F_____ qui a précisé l'absence d'amélioration clinique en ajoutant aussi l'incapacité de travail due à des affections physiques et mentales malgré les traitements administrés. Enfin, la dernière condition relative à l'échec des traitements en dépit de la motivation et des efforts pour surmonter le trouble est également réalisée.

Le recourant allègue que non seulement il n'y a pas de modification de son état mais qu'au surplus, le pronostic est mauvais. Il se réfère au rapport du Dr F_____ et rappelle qu'il subit un ralentissement psychomoteur accompagné d'une fatigue qui a été confirmée par la Fondation PRO.

En conclusion, il demande une rente avec effet rétroactif au 23 mars 2001, date de sa nouvelle demande.

28. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 20 juin 2006, a conclu au rejet du recours.

    Il se réfère à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le COMAI de Lausanne lequel conclut que, dans une activité adaptée s'exerçant en position assise, la capacité de travail de l'assuré atteint 80%. L'OCAI admet qu'on est en présence d'affections corporelles chroniques. En revanche, il constate que le trouble somatoforme ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique grave, qu'il n'y a pas perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et que l'état psychique n'est manifestement pas cristallisé sans évolution possible, l'épisode dépressif étant considéré comme en voie de rémission par les experts. Par voie de conséquence, la condition relative à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art n'est pas remplie non plus. L'OCAI en tire la conclusion que le trouble somatoforme ne revêt pas un caractère invalidant et que le taux de capacité de travail doit être fixé à 80%, en tenant compte des seules limitations dues à l'atteinte de la santé physique.

29. Dans sa réplique du 25 août 2006, Le recourant a maintenu sa position. Il demande qu'il soit procédé à une nouvelle expertise psychiatrique. Il souligne que, selon la Fondation PRO, sa grande volonté l'a probablement poussé à aller au-delà de ses limites sans forcément avoir su freiner la cadence au bon moment. Il rappelle que selon le Dr F_____ (11 février 2006), son taux d'incapacité est de 50%.

    Du fait qu'il a développé toute sa volonté allant même au-delà de l'exigible pour maintenir la cadence sur une période de trois mois mais avec un taux de 40% d'efficacité, le recourant estime qu'il a apporté la preuve du caractère invalidant de son trouble somatoforme. Il rappelle que le Dr F_____ a d'ailleurs décrit celui-ci comme étant d'une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée.

30. Par courrier du 4 septembre 2006, l'OCAI a pour sa part maintenu sa position.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. , ch. de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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) relatives à . 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la demande de révision a été déposée en 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 13 avril 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable à la forme (cf. art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision initiale du 20 juin 1997 de façon à lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit sous forme de rente et/ou de mesures professionnelles.

5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent

d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

6. Selon l'art. 41 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 109 V 265 consid. 4a ; 106 V 87 consid. 1a ; 105 V 30; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 nouvel 17 al. 2 LPGA qui stipule que 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, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sur la base de l'art. 41 LAI sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATFA du 30 avril 2004, en la cause I 626/03, consid. 3.5).

7. En l'espèce, il y a manifestement eu aggravation de l'état de l'assuré depuis 1997 puisque sont apparues des douleurs aux pieds importantes. Cette aggravation n'est d'ailleurs pas contestée par l'intimé puisque ce dernier est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Reste à examiner si l'état de l'assuré s'est modifié au point de lui ouvrir droit à des prestations.

8. Aux termes de la loi, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 4 LAI et 8 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).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss. 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 consid. 1.2.).

Enfin, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

10. 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement,

et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

11. En l'occurrence, le recourant a été soumis à une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier et ont réalisé une anamnèse systématique. Ils ont établi la situation sociale de l'assuré, son status général. Les plaintes de l'assuré ont été prises en compte. Le rapport est circonstancié et les conclusions motivées. Dans son ensemble, il satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître une valeur probante, à une réserve près. Ainsi que l'a fait remarquer le Dr G_____, la majoration de l'incapacité de travail à laquelle ont procédé les experts en dernier lieu ne se justifie pas. Cette majoration, dans la mesure où elle est motivée par les efforts déployés par le recourant – lesquels ne sont au demeurant pas contestés – et par le fait qu'il est encore fragile psychologiquement, ne peut être agréée par le Tribunal de céans. En effet, ce ne sont pas là des critères reconnus par la jurisprudence.

C'est le lieu de rappeler que les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, le juge ne saurait ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire siennes les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.4 ; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.2).

Or, dans le cas présent, le fait que le recourant soit encore fragile psychologiquement ne justifie pas une réduction supplémentaire dans la mesure où il a été indiqué que son état évoluait plutôt favorablement et où, s'il devait y avoir décompensation, elle se traduirait par une révision du degré d'invalidité ultérieure. Mais cette possible aggravation future ne doit pas être anticipée à ce stade. Quant

au fait qu'il ne ménage pas ses efforts, on ne voit pas en quoi il doit conduire à minimiser sa capacité de travail. Il convient dès lors, ainsi que l'a fait l'OCAI, de retenir que l'assuré pourrait exercer à 80% une activité adaptée à son état de santé.

Quant aux observations auxquelles s'est livrée la Fondation PRO, elles ont avant tout pour objectif de déterminer dans quelle mesure des mesures professionnelles seraient nécessaires. Ainsi que cela a été rappelé plus haut, en matière de troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence a posé des critères bien précis en matière d'exigibilité d'une activité et c'est sur leur seule base que doit être examiné le caractère invalidant ou non de l'atteinte.

Or, en l'espèce, force est de constater que si l'on est bien en présence d'affections corporelles chroniques, le trouble somatoforme ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique grave puisque l'assuré n'est atteint que d'un état dépressif moyen, étant rappelé que, selon la jurisprudence, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135).

Dans le cas de l'assuré, il n'y a pas perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi qu'il l'admet lui-même puisqu'il participe au ménage, s'occupe de son enfant et a conservé une vie sociale, bien que moindre.

On ne peut pas non plus considérer que son état psychique est cristallisé sans évolution possible, l'épisode dépressif étant considéré comme en voie de rémission par les experts.

Enfin, pour la même raison, la condition relative à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art n'est pas remplie non plus.

Force est donc de constater que les conditions permettant d'admettre le caractère invalidant de l'atteinte ne sont pas réunies en l'espèce, de sorte que c'est à juste titre que l'OCAI a considéré que le taux de capacité de travail devait être fixé à 80%, en tenant compte des seules limitations dues à l'atteinte de la santé physique.

12. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'OCAI. Ce calcul, qui compare le revenu qui aurait été le sien sans atteinte à la santé à celui qu'il pourrait réaliser en exerçant une activité simple et répétitive dans le domaine de l'industrie manufacturière ne paraît pas critiquable dans la mesure où cela rejoint les conclusions des experts et des maîtres de stage de la Fondation Pro quant à l'activité envisageable et où, de surcroît, une diminution de 15% a été appliquée pour tenir compte des limitations de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité retenu, de 25,20 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

13. Se pose encore la question des mesures professionnelles. Il convient de relever que c'est précisément dans le but de déterminer si de telles mesures étaient nécessaires et sous quelle forme elles devraient le cas échéant être ordonnées que l'OCAI a mis sur pied l'observation professionnelle à la Fondation PRO. Or, il ressort des conclusions des maîtres de stage que l'activité la plus adaptée à l'assuré serait celle d'ouvrier d'établi dans un atelier d'assemblage de petites pièces mécaniques. Pour ce faire, une formation professionnelle supplémentaire ne s'impose pas dans la mesure où il existe sur le marché un certain nombre d'activités simples et répétitives telles que celle-là, directement accessible à l'assuré. En revanche, rien ne s'oppose à ce que ce dernier puisse bénéficier d'une aide au placement s'il en fait la demande à l'OCAI et se montre motivé.

14. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, mal fondé, est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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