

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2170/2010

ATAS/41/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 18 janvier 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, d'origine bosniaque, serrurier de formation, vit en Suisse depuis le 19 septembre 1991 et a travaillé comme garçon d'office à Genève. Il a été victime d'un accident de travail en octobre 1994.
2. Le 8 janvier 1996, il a déposé, auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), une demande de prestations tendant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement.
3. Mandaté par l'OAI, le Dr A_____, médecin-chef au service de rhumatologie et de médecine physique à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, a établi un rapport d'expertise le 9 septembre 1999. Il a diagnostiqué des rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis, un rhumatisme psychogène, des douleurs de l'épaule droite avec calcifications du sus-épineux, une dysthymie dans le cadre de troubles de la personnalité émotionnellement labile et à traits impulsifs et une hypercholestérolémie. Selon l'expert, les diagnostics rhumatologiques ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans la dernière activité de l'assuré, soit celle de nettoyeur et d'homme à tout faire dans un restaurant.
4. Une expertise psychiatrique a été confiée à la Dresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 18 août 2000, elle a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant et un état dépressif réactionnel. Elle a considéré que l'importance des douleurs et la dépression qui s'y rattachait diminuaient la capacité de travail d'au moins 50%. Elle a ajouté que l'assuré montrait un désir évident de retrouver une activité, qu'il ne se voyait pas « invalide » et avait conscience qu'une amélioration de son état ne se ferait pas sans une reprise de travail. Elle a toutefois précisé qu'il semblait difficile actuellement d'envisager pour lui une activité à plein temps dans un cadre « normal ». Il semblait que toute activité de type entretien, pour autant qu'il n'ait pas à porter de lourdes charges, ou de magasinier, pouvait lui convenir. Il se disait prêt à essayer d'autres activités que celles qu'il avait déjà exercées. Selon ce médecin, il était ainsi indiqué de faire un bilan de ses possibilités. Le pronostic était réservé et fonction aussi de la durée de l'inactivité de l'assuré. Celle-ci risquait, si elle se prolongeait trop, de provoquer un repli sur soi de plus en plus important dont il lui serait difficile de sortir. Cependant, son désir de retrouver un statut socioprofessionnel et son âge étaient des facteurs favorables.

Le 4 septembre 2000, la Dresse B_____ a répondu, à la demande de l'OAI, au questionnaire spécifique aux troubles somatoformes douloureux et a retenu que les critères suivants étaient réalisés : des troubles de la personnalité, des traits

prémorbides, une comorbidité psychiatrique, une perte d'intégration sociale, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art et un cadre psychosocial perturbé. Quant aux autres critères (affections corporelles chroniques, divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles de l'anamnèse, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, éventuel profit tiré de la maladie et allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact), ils n'étaient pas remplis. L'intensité du trouble somatoforme douloureux était qualifiée de sévère et la reprise d'une activité lucrative à temps partielle raisonnablement exigible.

5. L'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 1995, par décision du 24 avril 2001.
6. Par courrier du 13 octobre 2003, le Dr C_____, médecin FMH, a formellement signalé à l'OAI une « nette péjoration » de l'état de santé de son patient depuis mars 2003 et a demandé la révision de son dossier.

En annexe à ce courrier, figuraient les documents suivants :

- Le compte-rendu du 29 août 2005 d'une arthro-IRM de l'épaule gauche, réalisée quelques jours auparavant, mettant en évidence des signes IRM évocateurs d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un épisode de tendinite du sus-épineux ;
 - Le certificat du Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 4 novembre 2005 dont il ressort que l'état dépressif de l'assuré était d'intensité sévère, sans symptôme psychotique
7. Le 4 décembre 2003, ce psychiatre a indiqué que son patient était triste, subdépressif, pessimiste, désespéré, nerveux et irritable et a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, dans lequel elle mentionnait une anamnèse et un status caractéristiques d'une fibromyalgie, sans aucun signe inflammatoire ni amnestique ou clinique.
 8. Un examen psychiatrique a été réalisé, le 20 février 2004, par la Dresse F_____, médecin au sein du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après SMR). Elle a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant mais n'a constaté ni dépression majeure, ni décompensation psychotique d'anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de la personnalité morbide, ni perturbation de l'environnement psychosocial, ni

limitation fonctionnelle psychiatrique. Elle n'a dès lors pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-théorique. Selon elle, l'état dépressif réactionnel retenu par la Dresse B_____, dans son expertise psychiatrique du 18 août 2000, était en rémission complète. Elle en concluait que sur le plan psychiatrique, il y avait eu, non pas aggravation de l'état de santé, mais plutôt nette amélioration. Elle précisait enfin que, bien qu'ayant retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, elle considérait que ce diagnostic était un peu abusif, vu l'absence de sentiment évident de détresse, et qu'on pouvait attendre de l'assuré qu'il mobilisât ses ressources pour reprendre une activité professionnelle à 100% vu l'absence de comorbidité psychiatrique.

9. La division de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité a constaté, dans un rapport du 8 mars 2005, qu'une comparaison des revenus n'était pas nécessaire puisque l'assuré pouvait continuer à travailler à plein temps dans les métiers exercés avant la survenance de l'invalidité. L'octroi d'une demi-rente d'invalidité n'avait dès lors plus de raison d'être.
10. Par décision du 22 avril 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demi-rente était supprimée.
11. L'assuré a formé opposition, par acte du 20 mai 2005, complété les 9 juin et 25 juillet 2005.

A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du Dr D_____ du 10 mai 2005, le résumé d'intervention du Centre de Thérapies Brèves (CTB) du 20 mai 2005 et la lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 9 juin 2005.

Dans son rapport du 10 mai 2005, le Dr D_____ a contesté l'appréciation de la Dresse F_____. Il a en effet indiqué que depuis février 2004, l'état somatique et psychique du patient avait connu une nouvelle aggravation suite à un important facteur de stress : des douleurs rectales sur fissures et que depuis, son humeur était devenue franchement dépressive avec perte pondérale de 10 kg, rumination, apparition d'idées noires, voire suicidaires, ce qui avait motivé la prise en charge par le CTB.

Les médecins du CTB ont attesté le 20 mai 2005 qu'ils avaient pris en charge l'assuré du 6 au 20 mai 2005, que celui-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un status post-sphinctérotomie interne a minima et exérèse de la partie distale de la fissure en janvier 2005, et d'un status post-sphinctérotomie et mise à plat du trajet fistuleux et curetage de la poche sous-fissuraire en avril 2005. A sa sortie, le patient avait été considéré comme calme, anxieux et collaborant avec une thymie triste. Les médecins avaient également relevé un trouble de la concentration, pas de perte de mémoire, une anhédonie, une asthénie, pas de perte de l'élan vital, pas de sentiment du culpabilité, un sentiment

d'injustice, pas d'idée noire, pas de perte d'appétit, pas de trouble du sommeil, pas d'élément de la lignée psychotique.

L'assuré a séjourné à la Clinique Genevoise de Montana du 24 mai au 3 juin 2005. Les médecins de la clinique ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans phénomène psychotique, ainsi qu'un trouble douloureux somatoforme, un status post-sphinctérotomie et mise à plat du trajet fistuleux et curetage de la poche sous-fissuraire en avril 2005, et un status post-sphinctérotomie interne a minima et excrèse de la partie distale de la fissure en janvier 2005.

L'assuré a conclu à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire par la Dresse B _____ afin de déterminer l'évolution de son état de santé par rapport à ce qu'il était au début 2000 ainsi que de dire s'il était raisonnablement possible d'attendre de lui qu'il reprît une activité lucrative adaptée et d'évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle sous forme d'une véritable formation en vue d'une réintégration dans le circuit économique normal.

12. Par décision du 11 octobre 2005, l'OAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que le rapport du SMR du 20 février 2004 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante **et** que selon les conclusions de ce rapport, l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique et présentait une capacité de travail exigible de 100%, quelle que soit l'activité envisagée. Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont la présence permettait d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, n'étaient, selon l'OAI, manifestement pas remplis. Aussi celui-ci concluait-il que le droit à la demi-rente avait été accordé à tort suite à un état dépressif réactionnel diagnostiqué en août 2000. Il observait ainsi que, pour ce motif, une reconsidération de la décision initiale eût été possible. Il a enfin relevé que la suppression de la rente était tout autant le résultat de la révision d'office prévue pour le 31 décembre 2003 que celui de la demande de révision déposée par l'assuré.
13. Le 14 novembre 2005, l'assuré, représenté par Maître Jean-Marie FAIVRE, a interjeté recours contre ladite décision. Il a joint à son courrier :
 - un rapport du Dr G _____, spécialiste FMH en radiologie, adressé au Dr C _____ le 29 août 2005, selon lequel il présentait des signes IRM évocateurs d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un épisode de tendinite du sus-épineux. L'IRM de l'épaule était par ailleurs normale.
 - un certificat du Dr D _____ daté du 4 novembre 2005, à teneur duquel son état dépressif restait toujours d'intensité sévère en phase d'aggravation ce d'autant plus que le problème proctologique ne s'améliorait pas et allait prochainement nécessiter une troisième opération.

L'assuré concluait ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il reprochait à l'OAI de s'être uniquement fondé sur l'appréciation des médecins du SMR, à l'exclusion des autres rapports médicaux qui, pourtant, confirmaient à l'évidence l'existence d'une dépression en lente aggravation progressive. Il ne comprenait pas pour quelle raison les constatations de la Dresse B_____ n'étaient plus d'actualité, celle-ci ayant mis en évidence un fonctionnement marqué par des aspects dépressifs importants. L'OAI n'avait, par ailleurs, aucunement pris en compte les douleurs anales dont il souffrait depuis l'été 2004 et pour lesquelles il avait subi deux interventions. Il rappelait enfin que les médecins avaient unanimement relevé sa volonté de reprendre une activité lucrative. Il soulignait à cet égard qu'il ne travaillait pas depuis près de dix ans et que, compte tenu de ses problèmes de santé, il n'avait aucune chance d'obtenir un quelconque travail sans la mise en œuvre d'un stage de réadaptation à l'effort et sans l'assistance de l'assurance-invalidité. Aussi, lui dénier toute mesure de reclassement professionnel était-il un non-sens puisque la mesure de l'invalidité économique ne pouvait être établie de façon sûre qu'après investigation quant à sa capacité résiduelle de travail.

14. Par arrêt incident du 19 janvier 2006, interprété le 20 février 2006, le Tribunal de céans a accordé la restitution de l'effet suspensif. Elle a considéré que « si les chances de succès de l'assuré n'apparaissaient pas d'emblée certaines quant à l'obtention d'une rente entière en lieu et place d'une demi-rente, elles ne [faisaient] en revanche guère de doute s'agissant du maintien d'une demi-rente, dans la mesure où l'OCAI ne [s'était] basé, pour supprimer cette dernière que sur l'avis isolé de la Dresse F_____, lequel [était] non seulement remis en question par les Drs C_____ et D_____, mais également par les constatations de la clinique de Montana ».
15. L'OAI, invité à répondre au recours, a, par décision du 9 mars 2006, décidé de reprendre l'instruction puis de notifier une nouvelle décision à l'assuré.
16. Par arrêt du 23 mars 2006, le Tribunal de céans a constaté que le litige était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle.
17. L'OAI a repris l'instruction du dossier en confiant à son service médical la charge de procéder à l'examen des documents médicaux produits dans le cadre de l'opposition, ce qu'a fait celui-ci le 8 mars 2006. Le SMR a ainsi constaté que la lettre de sortie de Montana se bornait à reprendre les termes du résumé d'intervention du CTB et que le Dr D_____ évoquait des idées suicidaires qui n'apparaissaient pas dans les documents précédents. Alors que ce dernier praticien faisait état d'une aggravation, l'examen du 24 février 2004 montrait de façon convaincante que l'état dépressif était en rémission. Le SMR a ainsi considéré que s'il y avait eu aggravation, celle-ci ne pouvait être survenue que postérieurement à février 2004, raison pour laquelle il a proposé un nouvel examen psychiatrique.

18. Un second examen psychiatrique au SMR, à nouveau pratiqué par la Dresse F_____, a été réalisé le 3 mai 2006. Celle-ci a considéré que le status psychiatrique actuel était pratiquement superposable à ce qu'elle avait constaté en février 2004, à l'exception d'une nette amplification des symptômes dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Elle a dès lors retenu le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle actuellement en rémission partielle. En conclusion, elle était d'avis que la capacité de travail de l'assuré restait intacte, à l'exception de la période débutant avec la prise en charge par le CTB et se terminant à la sortie de la Clinique de Montana.
19. Dans un rapport du 19 avril 2006, la Dresse E_____ a déclaré qu'elle avait vu l'assuré à deux reprises, le 19 septembre 2005 et le 11 avril 2006. Elle a constaté que l'examen clinique était inchangé, à l'exception de deux faits: l'abduction, les rotations et la rotation externe en abduction étaient d'une part particulièrement algiques à l'épaule droite, dont la face antérieure de la gléno-humérale et la région sous-acromiale étaient algiques à la palpation, et d'autre part, des nodules d'Heberden étaient palpables aux 5^{ème} doigts des deux mains.
20. L'assuré a à nouveau été admis au CTB du 5 mai au 29 juin 2006, pour « état dépressif avec idéations suicidaires ». A sa sortie, il était noté que le patient était calme, collaborant, orienté dans le temps et dans l'espace, au discours fluide et cohérent, que la thymie restait triste, mais qu'il n'y avait pas d'autres symptômes de la lignée dépressive, ni symptômes de la lignée psychotique.
21. L'OAI, constatant qu'à l'issue de son examen, la Dresse F_____ avait maintenu sa position précédente, a communiqué à l'assuré, le 10 juillet 2006, un projet de décision selon lequel sa demi-rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
22. Le Dr D_____ a pris connaissance du projet de décision de l'OAI et a relevé, le 1^{er} septembre 2006, qu'il existait trop de divergences entre les rapports établis par le SMR, d'une part, et le CTB / Montana, d'autre part. Il découlait selon lui, des conclusions du CTB et des médecins de Montana, que les critères étaient réunis pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Il s'agissait bien d'une nouvelle aggravation psychique faisant suite à une cure de fissure anale itérative en janvier et avril 2005, et non pas comme le soutenait l'OAI, d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à la décision de la suppression de la demi-rente.

S'agissant de l'examen du SMR du 3 mai 2006, ce praticien constatait de nombreuses discordances par rapport à la perception de certains signes du tableau dépressif pourtant bien soulignés dans le rapport du CTB, par exemple, ralentissement, trouble de concentration, tristesse, pleurs, etc. Il considérait que l'interprétation de la situation psychosociale faite par les médecins du SMR ne

correspondait pas à la réalité de la vie quotidienne du patient. Au contraire, la description de celle-ci illustre précisément une perturbation grave de l'environnement psychosocial, ce qui avait du reste motivé la prise en charge par le CTB en mai 2005, puis, dès sa sortie, l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana pendant deux semaines.

La présence d'idées suicidaires était confirmée dans le rapport du CTB du 29 juin 2006, alors qu'elle était niée par le médecin du SMR seulement deux jours plus tard.

Le médecin du SMR constatait qu'une amélioration était notée à la sortie de la Clinique de Montana mais en oubliait le contexte, soit celui du « cadre rassurant de la clinique, l'éloignement de son milieu habituel et surtout l'écoute et la reconnaissance de sa souffrance et de ses douleurs qui lui [avaient] permis d'améliorer sa thymie en fin de séjour » (cf. rapport Montana du 9 juin 2005). Le Dr D_____ signalait du reste que cette amélioration passagère ne s'était pas maintenue après la sortie de la clinique. Il ne saurait dès lors être question, selon ce médecin, de parler de rémission partielle actuelle, d'autant moins que l'évaluation à laquelle le CTB avait procédé deux jours plus tard, retenait un diagnostic d'épisode actuel moyen, mais sous traitement antidépresseurs et neuroleptiques.

Le Dr D_____ confirmait en conséquence l'existence d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère.

23. L'assuré a contesté le 12 septembre 2006 le projet de décision du 10 juillet 2006. Il a rappelé que, dans son arrêt du 19 janvier 2006, interprété le 20 février 2006, le Tribunal de céans avait considéré que si ses chances de succès n'apparaissaient pas d'emblée certaines quant à l'obtention d'une rente entière en lieu et place d'une demi-rente, elles ne laissaient en revanche guère de doute s'agissant du maintien d'une demi-rente, dans la mesure où l'OAI ne s'était basé pour supprimer cette dernière que sur l'avis isolé de la Dresse F_____, qui était non seulement remis en question par les Drs C_____ et D_____, mais également par les constatations des médecins de la Clinique de Montana. L'assuré critiquait également l'approche de l'OAI en tant qu'elle limitait sa problématique de santé à la seule question psychiatrique.
24. Une IRM lombaire a été pratiquée le 22 septembre 2006 par le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine générale et radiologie, de l'Institut d'Imagerie Médicale, lors de laquelle a été mise en évidence une petite hernie discale intra-foraminale au niveau L4-L5 à droite qui refoulait et comprimait vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 dans le même foramen intervertébral.
25. Le 4 octobre 2006, l'OAI a reçu divers comptes-rendus opératoires du Département de chirurgie, des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) posant les diagnostics suivants :

- Fissure chronique avec marisque distale rétentionnelle et spasme du sphincter interne (19 janvier 2005) ;
- Persistance d'une fissure avec une poche sous-fissuraire et d'un trajet fistuleux, spasme du sphincter interne (14 avril 2005) ;
- Poche sous-fissuraire (3 mai 2006) ;
- Etat après sphinctérotomie interne et d'excision d'une poche sous-fissuraire (20 septembre 2006).

26. Dans une note du 20 octobre 2006, le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin au sein du SMR, après avoir pris connaissance des rapports médicaux produits par l'assuré, a considéré que ceux-ci ne permettaient pas de revenir sur le contenu de l'avis du SMR du 15 mai 2006.

27. Par décision du 21 mars 2007, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité.

S'agissant de l'intervention faite par le CTB du 5 mai au 29 juin 2006 pour trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique, l'OAI relevait que l'état de santé de l'assuré était sujet à des fluctuations importantes à la faveur d'événements extérieurs tels qu'une intervention chirurgicale, que la brièveté de la décompensation ne pouvait pas justifier d'incapacité de travail de longue durée, que ce caractère réactionnel avait par ailleurs été évoqué dans l'avis du SMR du 15 mai 2006 où il était question d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle.

Le rapport du Dr C_____ du 23 août 2006 n'apportait aucun élément décisif, mais confirmait le caractère réactionnel de la décompensation thymique.

La Dresse E_____ confirmait, le 19 avril 2006, la présence d'une fibromyalgie avec un examen clinique inchangé.

Constatant que le Dr D_____ mettait en doute la validité du diagnostic posé par la Dresse F_____, l'OAI rappelait la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant de la valeur de l'avis des médecins traitants et relevait que la Dresse F_____ avait une grande habitude des expertises asséculogiques.

28. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 10 mai 2007 contre ladite décision.

Par arrêt du 4 décembre 2007 (ATAS/1397/2007), le Tribunal de céans a annulé la décision du 21 mars 2007, confirmant en tant que de besoin l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et renvoyant la cause à l'Office pour instruction complémentaire s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée et pour nouvelle décision. Il a notamment considéré que l'OAI se fondait essentiellement sur les rapports de la

Dresse J _____, qui n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qui n'a été autorisée à pratiquer en qualité de médecin dépendant auprès du SMR qu'à partir du 24 novembre 2006. Dès lors que ce médecin avait signé ses rapports des mois de février 2004 et mai 2006 avec le titre « psychiatre FMH » et qu'elle n'était alors pas encore formellement autorisée à travailler pour le SMR en qualité de médecin dépendant, on ne saurait accorder une pleine valeur probante aux appréciations médicales de février 2004 et mai 2006, ni en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assuré. Par ailleurs, seule la Dresse F _____ considérait que l'état dépressif diagnostiqué par la Dresse B _____ en 2000 était en rémission de sorte qu'il n'y avait pas matière à révision, l'amélioration de l'état de santé n'étant pas avérée. Le dossier n'étant par ailleurs pas en état d'être jugé sur la question de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, la cause devait être renvoyée à l'office pour instruction complémentaire s'agissant de cette problématique.

29. Suite à l'arrêt précité, l'OAI a conféré au SMR, le 14 février 2008, le mandat de mettre en place une expertise psychiatrique.

Le 29 février 2008, la Dresse K _____, médecin au sein du SMR, a suggéré une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et chirurgicale), devant être effectuée par le CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE (CEMED) à Nyon.

30. Par communication du 5 mars 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait se soumettre à une expertise effectuée par le CEMED, se déroulant sur cinq jours.
31. Le 11 mars 2008, l'assuré a demandé à l'OAI que la mission d'expertise lui soit au préalable soumise dès lors que, compte tenu de l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007, une telle expertise ne pouvait porter que sur l'aggravation de son état de santé. En outre, il souhaitait des informations quant au mode de fonctionnement du CEMED et des médecins qui en dépendaient. Enfin, il formulait des réserves quant à l'intervention du Dr L _____ en qualité d'expert.
32. Par courrier du 14 mars 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne connaissait pas le mode de fonctionnement du CEMED et que ses remarques seraient transmises au SMR.
33. Le 7 avril 2008, la Dresse K _____, du SMR, a indiqué que le Dr L _____ était le médecin-chef du CEMED mais que d'autres psychiatres y travaillaient. Sur le plan médical, le SMR ne doutait pas de son objectivité et maintenait par conséquent sa décision de mandater le CEMED pour l'expertise pluridisciplinaire.
34. Par courriers des 13, complété le 26 mai 2008, l'assuré a été convoqué au CEMED pour les 9, 12 et 17 juin 2008.

35. Le 11 juin 2008, le Conseil de l'assuré a informé l'OAI que son mandant ne souscrirait pas aux modalités d'expertise. Il contestait non seulement le choix du CEMED mais également la mission d'expertise, celle-ci ne se limitant aucunement à la problématique de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il sollicitait donc la modification de la mission d'expertise et l'annulation du rendez-vous du 12 juin.
36. Par sommation du 30 juin 2008, l'OAI a ordonné à l'assuré de prendre contact avec le CEMED afin de convenir d'un rendez-vous et de coopérer activement lors des examens.
37. Le 11 août 2008, le Conseil de l'assuré a rappelé qu'il ignorait toujours le nom des experts mandatés et que la mission d'expertise ne se limitait pas à l'examen d'une aggravation de l'état de santé de son client.
38. Le 27 octobre 2008, l'OAI a transmis à l'assuré les noms des examinateurs et lui a octroyé un délai pour formuler d'éventuelles observations quant aux médecins choisis. Pour le surplus, l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 faisait état d'« aggravation alléguée » et il n'était pas admissible de poser des questions orientées à un expert.
39. Par courrier du 29 octobre 2008, le Conseil de l'assuré a contesté la teneur du courrier du l'OAI du 27 octobre 2008, rappelant que le Tribunal de céans avait confirmé, en tant que de besoin, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. L'Office n'était ainsi pas en droit de saisir l'opportunité de l'expertise sollicitée pour procéder à une reconsidération de l'entier de la problématique de son mandant.
40. Par courrier du 6 novembre 2008, l'OAI a précisé au CEMED qu'il devait uniquement se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2003.
41. N'ayant pas reçu copie du courrier précité, le Conseil de l'assuré a informé l'OAI, le 5 novembre 2008, que son mandant ne se présenterait pas auprès du CEMED aux dates et heures convenues.
42. L'assuré a finalement été examiné par les Drs M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et O_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, en date des 21 novembre 2008, 15 et 21 janvier 2009.

Après avoir commenté les pièces médicales du dossier, les experts ont retenu les diagnostics suivants dans leur rapport du 24 avril 2009 : possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et tendinopathie calcifiante de l'épaule droite (selon les documents du dossier), troubles dégénératifs du rachis sous forme de discopathies avec une hernie discale en L4-L5, douleurs anales chroniques depuis 2005 et syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F45.4).

Sur le plan rhumatologique, l'assuré se plaignait de douleurs diffuses de l'ensemble du corps mais il n'y avait pas de lésion organique permettant d'expliquer l'importance de cette symptomatologie douloureuse, sa persistance ou encore la mauvaise réponse aux thérapies entreprises. Les troubles dégénératifs du rachis (discopathie L4-L5 sous forme d'une hernie discale) ne jouaient pas de rôle prépondérant dans cette situation. Les points algiques, typiques d'une fibromyalgie, étaient tous déclarés douloureux, étant précisé que pratiquement l'ensemble du corps était déclaré algique à la palpation (mains, pieds, différents groupes musculaires des membres supérieurs ou inférieurs).

Sur le plan psychique, la souffrance de l'assuré était essentiellement associée aux problèmes somatiques. Le tableau clinique ne s'apparentait pas à celui d'un état dépressif mais à une situation proche de la norme, sans tristesse marquée, sans trouble cognitif ou d'autres éventuels troubles. Il était possible que l'assuré souffrît de la recherche frustrative et de sa situation, mais il s'agissait clairement d'une souffrance secondaire, mineure et non d'une maladie thymique indépendante. Si un tel état avait existé auparavant, il était suffisamment compensé avec la médication actuelle. Un état dysthymique, réactionnel à la situation physique était ainsi retenu. Les critères exigés pour le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas présents.

La capacité de travail était complète et sans diminution de rendement. ni les éléments du dossier médical, ni l'anamnèse ou l'examen clinique ne permettaient de retenir une diminution de la capacité de travail significative et durable en raison de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale des épaules. Cette dernière atteinte entraînait toutefois les limitations suivantes : les activités se déroulant de façon prépondérante avec les bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les activités nécessitant le lever de charges étaient contre-indiquées. Sur le plan psychique, la situation actuelle correspondait à celle décrite par le SMR en 2006.

43. Par courrier du 1^{er} septembre 2009, l'assuré, sous la plume de son Conseil, a sollicité une copie du rapport d'expertise ainsi que de tout autre document collecté depuis l'arrêt du 4 décembre 2007. Il attendait en outre le projet de décision.
44. Le 4 septembre 2009, l'OAI lui a, d'une part, répondu qu'aucune décision n'avait été prise, le dossier étant en instruction et, d'autre part, transmis le rapport d'expertise demandé.
45. Par courrier du 16 octobre 2009, l'assuré a été convoqué pour une discussion, sans autres précisions, prévue le 6 novembre 2009 à 10h30.

Sous la plume de son Conseil, il s'est opposé à cette façon de faire, le 22 octobre 2009, rappelant que l'OAI devait instruire la question de l'aggravation de l'état de santé et non pas l'entier de la problématique médicale le concernant.

Le 6 novembre 2009, l'OAI a sommé l'assuré de se présenter pour un entretien le 24 novembre 2009 à 9h30.

46. L'assuré s'est rendu à cet entretien et l'OAI a décidé de prendre en charge un stage d'observation professionnelle de quatre semaines aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (ci-après : EPI), du 4 au 31 janvier 2010, le but de ce stage étant d'évaluer les capacités et l'endurance résiduelles de l'assuré, le type d'activités susceptibles d'être adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et l'exigibilité de son ancienne activité.
47. A teneur du rapport des EPI du 23 février 2010, l'assuré présentait des capacités qui étaient théoriquement compatibles avec une activité pratiquée à plein temps, en position assise ou debout, de préférence sans contact avec la clientèle. Il présentait toutefois peu de dynamisme, étant convaincu qu'il ne pouvait pas reprendre d'activités, son état de santé ne lui permettant aucun engagement ce d'autant plus qu'il n'avait plus travaillé depuis près de 15 ans.
48. Après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'OAI a retenu un taux d'invalidité nul, le revenu sans invalidité étant supérieur à celui avec invalidité. A cet égard, dès lors que les données des employeurs, datant de 1995, étaient trop anciennes et ne pouvaient être réactualisées, les salaires de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) avaient été retenus.
49. Le 9 mars 2010, l'OAI a transmis au recourant un projet de décision, dont il ressort que la rente d'invalidité était supprimée, le degré d'invalidité étant nul.
50. Par courrier du 26 mars 2010, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, considérant que l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007, contre lequel l'OAI n'avait pas recouru, reconnaissait le droit à une demi-rente d'invalidité de sorte que l'office était lié par cette décision. Par ailleurs, son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'octroi de la rente. Enfin, comme cela résultait du rapport du Dr P_____, spécialiste FMH en médecine interne, le contexte santé avait envahi toute son existence. En guise de conclusion, l'assuré a indiqué « tout bien considéré, [il pouvait] comprendre la détermination de l'AI de ne pas lui augmenter le taux de sa rente, même si elle [était] contestable, mais il [était] irréaliste, pour ne pas dire téméraire, de lui supprimer toute rente avec effet quasi immédiat ».
51. Le 29 avril 2010, l'assuré a encore transmis à l'OAI un résumé de séjour du 18 avril 2010, faisant suite à son admission pour un traumatisme crânien.
52. Le 20 mai 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 9 mars 2010.
53. En date du 24 juin 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 20 mai 2010, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision précitée dans la mesure où elle remettait en cause son droit à une demi-rente et à sa confirmation en

tant qu'elle constatait implicitement qu'il n'y avait pas matière à augmenter le taux d'invalidité. Il a, en substance, repris les mêmes arguments que ceux allégués dans son opposition du 26 mars 2010, soit que l'OAI n'avait pas requis la révision de l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 et qu'il n'était donc pas en droit de reconsidérer sa problématique de santé ab initio, le Tribunal ayant renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur la question de l'aggravation de son état de santé.

54. Par arrêt incident du 20 juillet 2010, le Tribunal de céans a rejeté la requête d'effet suspensif (ATAS/780/2010).
55. Dans sa réponse du 22 juillet 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du CEMED répondait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors que l'état de santé du recourant s'était amélioré, la révision était justifiée. Enfin, l'expertise du CEMED étant un moyen de preuve nouveau, qui ne pouvait être produit avant, l'office pouvait réviser sa décision en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. En tout état, si l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 devait revêtir l'« autorité de force jugée », il convenait de retenir une amélioration dès 2007.
56. Par écritures des 14 septembre et 12 octobre 2010, l'assuré, respectivement l'OAI, ont persisté dans leurs conclusions.
57. L'écriture de chaque partie a été transmise à l'autre et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de révision est postérieure au 1^{er} janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les

modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que 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).

3. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la demi-rente octroyée au recourant par décision du 24 avril 2001, avec effet rétroactif au 23 octobre 1995. C'est le lieu de préciser que le recourant renonce à une rente d'invalidité entière.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. Dans un premier temps, le recourant invoque l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du Tribunal de céans du 4 décembre 2007 pour s'opposer à la suppression de sa demi-rente d'invalidité. En effet, il considère que l'intimée aurait dû demander la révision de l'arrêt précité, au lieu de réviser sa décision, ce d'autant moins que la

cause lui avait été renvoyée pour instruction complémentaire sur la seule question de l'aggravation de son état de santé.

Il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcé l'autorité judiciaire par un jugement passé en force (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige, lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178).

Les décisions revêtues de l'autorité de chose jugée peuvent à certaines conditions être modifiées. Tout d'abord, une décision peut être révisée en raison d'un changement des circonstances. C'est ainsi que selon l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification déterminante, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3120/2006 du 27 février 2008). Dès lors que l'office AI entre en matière sur la demande de révision, celui-ci doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. L'office AI n'est cependant pas lié par les conclusions de l'assuré; il est soumis à la maxime inquisitoire et doit appliquer le droit d'office. Si, après avoir procédé aux mesures d'instruction nécessaires, l'office AI constate que l'état de santé s'est amélioré notablement ou que ces conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important, il lui appartient de réduire, voire, le cas échéant, de supprimer le droit à la rente (ATFA non publié I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 4.1).

En l'occurrence, l'arrêt du 4 décembre 2007 est entré en force, faute de recours. Le droit du recourant à une demi-rente a dès lors été admis et confirmé, de manière définitive et a acquis l'autorité de chose jugée. Seule peut donc entrer en considération une demande de révision (art. 17 ou 53 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).

L'argument du recourant, selon lequel l'intimée devait requérir la révision de l'arrêt du 4 décembre 2007 ne saurait au vu de ce qui précède être retenu, dès lors que la révision de la décision au sens de l'art. 17 LPGA est envisageable, sur la base de l'expertise du 24 septembre 2009.

7. Il convient donc de déterminer si l'intimée pouvait réviser la rente en application de l'art. 17 LPGA.

a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Pour qu'une décision de révision constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une autre révision, il faut qu'elle porte sur l'adaptation effective du droit à la rente en cours au taux d'invalidité nouvellement déterminé, et non qu'elle se borne à confirmer la décision initiale (ATF 109 V 265 consid. 4a; voir aussi ATF 130 V 75 consid. 3.2.3).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative,

l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2).

b) Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988

p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. En l'espèce, il s'agit donc de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré entre la décision initiale du 24 avril 2001 et la décision querellée du 20 mai 2010.

a) Lors de la décision initiale du 24 avril 2001, les diagnostics suivants avaient été posés :

- Sur le plan rhumatologique : rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis, rhumatisme psychogène, douleurs de l'épaule droite avec calcification du sus-épineux, dysthymie dans le cadre de troubles de la personnalité émotionnellement labile et à trait impulsif et hypercholestérolémie (expertise rhumatologique du 9 septembre 1999). Ces diagnostics ne justifiaient toutefois pas d'incapacité de travail dans la dernière activité de nettoyeur et d'homme à tout faire de l'assuré ni dans l'activité occupationnelle trouvée par le chômage.
- Sur le plan psychique : trouble douloureux somatoforme persistant (F45.5, F45.38) et état dépressif réactionnel (expertise psychiatrique du 18 août 2000). L'importance des douleurs et la dépression qui s'y rattachait diminuaient la capacité de travail d'au moins 50%.

Selon le questionnaire complémentaire du 4 septembre 2000, les critères suivants étaient réalisés : des troubles de la personnalité, des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, une perte d'intégration sociale, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art et un cadre psychosocial perturbé. Par contre, les autres critères prévus par l'arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000 (VSI

2000 p. 152) n'étaient pas remplis. L'intensité du trouble somatoforme douloureux était qualifiée de sévère et la reprise d'une activité lucrative à temps partielle raisonnablement exigible.

b) En 2007, les diagnostics ressortant des diverses pièces médicales étaient les suivants :

- Sur le plan somatique : fibromyalgie (rapport du Dr C_____ du 21 novembre 2003) ; fissure chronique avec marisque distale rétionnelle et spasme du sphincter interne (rapport opératoire du 19 janvier 2005), persistance d'une fissure avec une poche sous-fissuraire et d'un trajet fistuleux borgne et spasme du spincter interne (rapport opératoire du 20 mai 2005), poche sous-fissuraire (rapport opératoire du 3 mai 2006); état après sphinctérotomie interne et excision d'une poche sous-fissuraire (rapport opératoire du 20 septembre 2006) ; signes évocateurs d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec épisode de tendinite du sus-épineux (rapport d'arthro IRM du 29 août 2005) ; petite hernie discale intraforaminale au niveau L4-L5 à droite, refoulant et comprimant vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 (rapport d'IRM lombaire du 22 septembre 2006).
- Sur le plan psychique : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique et syndrome douloureux somatoforme persistant (rapports des 20 mai 2005 et 9 juin 2005, Clinique de Montana) ; état dépressif sévère (rapport du Dr D_____ du 4 novembre 2005) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (rapport des HUG du 29 juin 2006).

De son côté, la Dresse F_____ a retenu, dans son rapport du 24 février 2004, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), sans répercussion sur la capacité de travail, et dans son rapport du 27 février 2007, des épisodes récurrents de répression réactionnelle, actuellement en rémission partielle (F33.4) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Dans son arrêt du 4 décembre 2007, le Tribunal de céans avait considéré que ces rapports disposaient d'une valeur probante affaiblie.

c) Enfin, en 2009, les diagnostics posés dans l'expertise du 24 avril 2009 étaient les suivants :

- Sur le plan somatique : possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et tendinopathie calcifiante de l'épaule droite, troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathies avec une hernie discale en L4-L5, douleurs anales depuis 2005 ;
- Sur le plan psychique : syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F 45.4).

Il s'agit donc de déterminer si cette expertise est suffisamment crédible pour que ses conclusions puissent être suivies sans que le Tribunal de céans n'ait de doutes sur la solution adoptée.

S'il répond certes à plusieurs réquisits jurisprudentiels, le rapport du 24 avril 2009 est toutefois contradictoire voire incomplet. En effet :

- Les experts résument, en page 12, les déclarations du recourant relatives à la tendinite de l'épaule constatée en 2006. Selon ses déclarations, il a bénéficié d'une infiltration à l'épaule gauche et a participé à plusieurs séances de mésothérapie puis de physiothérapie. Quelques pages plus loin, en page 19, ces mêmes experts retiennent que le recourant a bénéficié d'une infiltration au niveau de l'épaule gauche. En guise de conclusion, ils ont considéré qu'« il n'y a pas d'investigation ou traitement important faisant penser que la problématique de cette épaule serait invalidante », ce qui est en contradiction avec les déclarations du recourant.
- Selon les indications de ce dernier, il a subi une cinquième intervention en lien avec ses problèmes anaux et se prépare à la sixième (page 12 de l'expertise). Or, seuls quatre rapports opératoires liés à la poche fissuraire figurent au dossier, qui est par conséquent lacunaire et qui n'a de manière surprenante pas été complété par les experts. Le Tribunal de céans s'étonne également que le gastro-entérologue ne retienne aucune lésion spécifique alors qu'une sixième intervention, portant sur un névrome, semblait être prévue aux dires du recourant et que sachant cela, il n'a pas interrogé le médecin traitant sur les raisons de cette intervention.
- En page 13, les experts indiquent que, selon les indications du recourant, celui-ci prendrait les médicaments suivants : Zyprexa, Lithiofor, Brufen, Tramal, Dafalgan, Nexium, Lalugen Plus pommade, Siurdalud, Condrosulf, Metamucil et Efexor.

Selon le monitoring médicamenteux, le recourant est compliant. Le taux de lithium est toutefois légèrement en-dessous de la norme au contraire de l'Efexor, qui est légèrement en-dessus. En d'autres termes, le recourant prend des doses de Lithiofor (principe actif : lithium) légèrement au-dessous de la norme et de l'Efexor (principe actif : venlafaxine ; métabolite : déméthylvenlafaxine) légèrement au-dessus. Or, le Lithiofor est utilisé pour le traitement des phases aiguës et en prophylaxie à long terme de la maladie maniaco-dépressive ou en co-médication aux antidépresseurs en cas de dépression grave réfractaire aux traitements habituels. Quant à l'Efexor, il est employé pour le traitement de toutes les formes de dépression. (voir compendium suisse des médicaments).

Compte tenu des traces d'antidépresseurs, trouvées dans le sang du recourant, qui est compliant, le Tribunal de céans peine à comprendre comment l'expert psychiatre n'a pu retenir qu'un état dysthymique réactionnel à la situation physique, qu'il n'a, au demeurant, même pas mentionné en tant que diagnostic. Il n'a pas non plus jugé nécessaire de discuter de l'assuré avec son psychiatre traitant, le Dr D_____, et ne peut dès lors être en mesure de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du patient depuis 2006.

- En outre, en page 17 du rapport, les experts indiquent que tous les points algiques à la palpation, typiques d'une fibromyalgie, ont été déclarés douloureux. Pourtant, sans explications, les experts retiennent un trouble somatoforme douloureux persistant, qu'ils qualifient de non invalidant, les critères de Mosimann n'étant pas réalisés avec une intensité suffisante, et non une fibromyalgie.

Or, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux ne sont pas des troubles identiques. En effet, le diagnostic de fibromyalgie est posé si 11 des 18 points de Smythe sont mentionnés comme douloureux (BURGAT, la fibromyalgie, p. 73 n : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002) alors que le trouble somatoforme douloureux est un diagnostic posé par exclusion lorsque la malade ressent des douleurs diffuses qui ne se limitent pas aux points de Smythe (voir ATAS/563/2009 du 7 mai 2009, consid. 9).

Par ailleurs, se prononçant sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, les experts ont procédé à une appréciation juridique de l'incapacité de travail du recourant. Or, selon la doctrine (François PAYCHERE, Le juge et l'expert, L'expertise médicale, 2002, Genève, p. 147), l'expert doit s'interdire de répondre à toute question juridique.

Cette appréciation n'est en outre pas conforme à la jurisprudence applicable au cas du recourant. En effet, les critères établis par la jurisprudence du Tribunal fédéral et publiés à l'ATF 130 V 352, soit en 2004 et donc après la décision initiale du 21 avril 2001, pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne sont pas à prendre en considération in casu dès lors qu'un changement de jurisprudence ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer des rentes allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force formelle (ATF 135 V 215 consid. 6 p. 225 ss.; 135 V 201).

- Les experts se sont contentés d'un rapport d'IRM lombaire datant du 22 septembre 2006, mettant en évidence une petite hernie discale au niveau L4-L5 à droite, refoulant et comprimant vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 dans le même foramen intervertébral. Alors même que le recourant a mentionné des douleurs lombo-fessières des deux côtés, les experts n'ont pas jugé nécessaire d'effectuer d'investigations complémentaires mais ont

simplement retenu que les troubles dégénératifs du rachis, et notamment la discopathie en L4-L5, ne jouaient aucun rôle prépondérant dans cette situation. Or, les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4, in Bulletin des médecins suisses 88/2007 p. 736 et ss).

- Le recourant a informé les experts qu'il prenait notamment du Brufen, 600mg (une à quatre fois par jour), du Tramal (10 à 20 gouttes selon l'intensité des douleurs) qu'il évite toutefois en raison de la constipation que cela entraîne, du Dafalgan 1g (une à quatre fois par jour, selon les douleurs). Toutefois, les experts n'ont pas procédé à un monitoring médicamenteux pour déterminer le taux d'antidouleurs dans le sang du recourant.
- Enfin, selon la mission d'expertise de l'OAI, les experts devaient se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2003. Cependant, il ne ressort nullement de leur rapport que tel a été leur procédé. En effet, à part une brève phrase d'introduction, ils ne se prononcent nullement sur l'évolution de l'état de santé du recourant.

Pour toutes ces raisons, le Tribunal de céans considère que le rapport du 24 avril 2009 ne revêt pas une valeur probante suffisante pour que ses conclusions puissent être suivies.

d) Force est ainsi de constater, au vu des pièces du dossier, que l'intimé ne disposait d'aucun élément permettant de considérer que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis avril 2001 de sorte qu'il n'y a pas de motif de révision de ce fait.

10. Il sied encore d'examiner si le rapport des EPI, établi à l'issue du stage d'observation professionnelle, pourrait suppléer cette absence de rapport médical probant.

a) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss; Karl Abegg, Coup d'oeil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément

d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03).

Dans un arrêt I 737/2005 du 22 août 2005, le Tribunal fédéral des assurances a été amené à traiter du cas d'un assuré, concernant lequel l'office disposait de plusieurs rapports médicaux, incomplets ou insuffisamment probants pour juger de sa capacité de travail. A cela s'ajoutait un rapport d'observation professionnelle, dont il ressortait que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans des activités légères, limitant l'usage de son épaule gauche. L'évaluation de la capacité de travail de l'assuré était toutefois théorique en raison du manque d'engagement et du faible rendement dans les activités effectuées dû à un manque de motivation ainsi qu'à des refus et non à des atteintes à la santé. Dans ce cas, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'en présence de rapports médicaux qui n'étaient pas complets ou probants pour juger de la capacité de travail, le rapport des organes d'observation professionnelle ne fournissait pas les éléments complémentaires nécessaires pour juger cette même capacité de travail. En effet, les organes d'observations professionnelle avaient pour fonction de compléter les données médicales et non de se substituer à elles. Par ailleurs, en l'absence d'avis médical sur les troubles dont se plaignait l'assuré, les maîtres de réadaptation n'avaient procédé qu'à une évaluation théorique de la capacité de travail de l'assuré.

b) La présente cause présente des ressemblances avec celle ayant fait l'objet de l'arrêt du 22 août 2005 précité. En effet, comme dans la cause précitée, l'OAI disposait d'une expertise médicale, celle du CEMED du 24 avril 2009, que le Tribunal de céans a estimée incomplète et non probante pour juger de la capacité de travail du recourant. En outre, au dossier de l'OAI figurait également le rapport des EPI, à teneur duquel « les capacités [du recourant étaient] théoriquement compatibles avec une activité pratique à plein temps, en position assise ou debout, de préférence sans contact avec la clientèle ». Les maîtres de réadaptation avaient également relevé le peu de dynamisme chez l'assuré, qui était convaincu de ne pas pouvoir reprendre d'activités et que son état de santé ne lui permettrait aucun engagement ce d'autant plus avec cette longue interruption professionnelle d'une quinzaine d'années.

Ainsi, conformément aux principes dégagés à l'arrêt I 737/2005, le rapport des EPI du 23 février 2010 ne peut fournir les éléments complémentaires nécessaires pour juger de la capacité de travail du recourant et déterminer si celle-ci s'est améliorée. En effet, le rapport des EPI ne complète aucune constatation médicale probante et les maîtres de réadaptation n'ont fait que procéder à une appréciation théorique de la capacité de travail du recourant.

C'est le lieu de rappeler la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

(IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA I 210/02 du 11 décembre 2002).

Or, dans le cas du recourant, il n'y a aucune modification de sa situation ayant concrètement des effets sur sa capacité de gain, le rapport d'expertise du 24 avril 2009 n'étant pas suffisamment crédible pour que ses conclusions puissent être suivies et le rapport des EPI ne faisant que procéder à une appréciation théorique et non concrète de la capacité de travail du recourant.

Il appert, au vu de ce qui précède, qu'aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est donné, ni l'état de santé du recourant ni sa capacité de travail ne s'étant améliorés.

11. Reste à examiner si l'intimé pouvait réviser sa décision en application de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Selon cette disposition, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

Or, dans le cas d'espèce, la décision initiale a été confirmée par le Tribunal de céans de sorte que l'intimé ne pouvait que solliciter la révision du jugement du 4 décembre 2007, ce qu'il n'a pas fait. Ainsi, la révision au sens de l'art. 53 al.1 LPGA n'était pas ouverte.

12. Au vu de ce qui précède, la décision du 20 mai 2010 doit être annulée et l'octroi d'une demi-rente d'invalidité confirmé.

13. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 20 mai 2010.
3. Confirme en tant que de besoin l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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