

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/739/2007

ATAS/43/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 16 janvier 2008**

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MOLO Romolo

recourant

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur B \_\_\_\_\_, a travaillé en tant que boiseur-coffreur jusqu'au 20 janvier 1998, date à laquelle il s'est retrouvé en incapacité de travail à 100%.
2. Le 23 avril 1998, il a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. Le 6 juin 1998, le Dr L \_\_\_\_\_ de la Division de pneumologie et du centre antituberculeux des Hôpitaux universitaires de Genève ( ci-après HUG) a diagnostiqué un status après tuberculose pulmonaire bacillaire traitée en 1995, un status après pneumothorax gauche récidivant en juin 1996, un status après culminectomie gauche en 1996 pour pneumothorax récidivant, ainsi qu'un status après lobectomie supérieure droite pour une aspergillose pulmonaire apicale droite (opération en février 1998). Suite à la dernière opération, l'assuré avait effectué un séjour à la Clinique genevoise de Montana. Depuis cette intervention, il se plaignait d'une dyspnée d'effort à la marche, à la montée, ainsi que d'une douleur persistante thoracique. Vu sa capacité respiratoire, le Dr L \_\_\_\_\_ estimait que la poursuite d'un travail de force telle que celui que le patient avait effectué jusqu'à présent n'était pas possible.
4. Le 8 septembre 1998, l'assistante sociale des HUG a écrit à l'Office cantonale de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), relevant que l'assuré souffrait d'une importante maladie pulmonaire qui avait nécessité deux interventions chirurgicales et qu'il ne lui était plus possible d'exercer son activité. Néanmoins, il pourrait travailler dans une activité sans efforts importants, raison pour laquelle il a demandé une orientation et un reclassement professionnel.
5. A compter du 3 août 1999, l'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle OSER au Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP) d'une durée de trois mois. Selon le rapport OSER du 5 octobre 1999, l'assuré possédait une capacité de travail utilisable dans le circuit économique normal bien que son handicap ne lui permette plus d'effectuer des travaux de force. Il avait montré des aptitudes pour des travaux de type industriels ou artisanaux en atelier. Les rendements étaient cependant faibles (environ 55%). Ceci parce que l'assuré se ménageait trop, étant trop centré sur sa maladie et ses conséquences et n'étant pas capable de se projeter dans l'avenir. L'engagement durant le stage avait été globalement bon mais les rythmes de travail n'étaient pas compatibles avec un emploi. Le rapport a conclu en proposant de terminer le mandat en cours dans l'atelier de réentraînement à l'effort du CIP et de prolonger la mesure par un nouveau mandat de six mois de réentraînement, stages en entreprise inclus.
6. Du 3 novembre 1999 au 2 mai 2000, l'assuré a bénéficié du stage de réentraînement à l'effort. Selon le rapport du 15 mai 2000, la capacité de travail résiduelle théorique de l'assuré était de 60%, celui-ci restant très préoccupé face à ses

limitations, surtout dans un milieu professionnel non sécurisé, comme en entreprise, ce qui provoquait une diminution de son engagement. En outre, l'assuré s'était toujours présenté comme une personne apathique, démontrant une énergie plutôt modérée et qui pensait ne plus avoir de capacité de travail, étant sans cesse inquiet vis-à-vis de sa maladie.

7. Par décision du 18 août 2000, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 30 novembre 1999.
8. Par décision du 11 octobre 2000, l'OCAI a refusé à l'assuré les mesures professionnelles.
9. Par décision du 6 février 2001, il lui a octroyé une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 56%, dès le 1<sup>er</sup> mai 2000.
10. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette dernière décision, l'assuré a produit une expertise médicale du 23 juillet 2001 des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, médecins à la Polyclinique de médecine des HUG. Selon les conclusions de ces médecins, l'assuré pourrait travailler avec un plein rendement dans une activité n'exigeant aucun effort physique et à un taux de 50 à 60% dans une activité exigeant des efforts physiques légers à modérés, pourvu qu'il s'agisse d'un espace exempt de poussière, de fumée et de produit irritant. Les médecins ont également relevé que la discrète atteinte pulmonaire sous forme d'un léger syndrome restrictif secondaire à la lobectomie supérieure droite et à la culminectomie ne devrait pas être un argument suffisant pour altérer la capacité résiduelle de travail, mais que l'évaluation était rendue difficile par l'éthylisme chronique de l'assuré. Ils ont souligné qu'ils avaient été frappés par l'attitude passive et revendicatrice de l'assuré visiblement mécontent des médecins, qu'il tenait pour responsables de son mal et de la décision de l'assurance-invalidité à son encontre. Ils ont ajouté qu'une évaluation psychiatrique leur paraissait souhaitable pour apprécier l'influence du psychisme sur les symptômes.
11. Selon le rapport médical du 18 janvier 2002 des Dresses O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ de la Polyclinique de Médecine des HUG, l'assuré présente en plus des diagnostics posés par les autres médecins, également un probable trouble somatoforme douloureux (en évaluation) et une maladie alcoolique. Elles ont relevé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'un examen complémentaire était nécessaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. Quant à la capacité de travail, elles ont relevé qu'il n'y avait pas de changement par rapport à août 2001, en ce qui concerne la toxicomanie, celle-ci durant depuis l'âge de 18 ans.
12. L'assuré a ensuite fait l'objet de deux consultations conjointes psychiatriques et internistes, en date des 4 avril et 16 mai 2002, par des Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ de la Polyclinique de Médecine des HUG. Ceux-ci ont précisé que les

examens de rhumatologie, ainsi que ceux pratiqués par les spécialistes de la douleur et en pneumologie laissaient présumer l'existence des composantes neurogènes et ostéo-articulaires aux douleurs du recourant. Ils ne révélaient pas la présence d'une pathologie organique ou d'un mécanisme physio-pathologique. Les multiples traitements médicamenteux n'avaient apporté aucune amélioration. Les médecins concluaient à un trouble somatoforme douloureux sévère. En outre, le patient présentait une thymie triste associée à des pleurs à l'évocation de sa solitude, de l'éloignement de sa famille et de ses difficultés financières et professionnelles, ainsi que du handicap somatique ressenti depuis les pathologies pulmonaires. Il rencontrait également des difficultés d'endormissement, ainsi que des troubles de l'appétit, de la mémoire et de la concentration. Il manifestait une importante préoccupation, voire même de l'anxiété au sujet de son état de santé. Les médecins ont conclu à l'existence d'un état dépressif majeur, lequel s'associait au trouble somatoforme douloureux précité et entraînait une incapacité de travail entière du recourant.

13. Par jugement du 28 août 2002, la Commission cantonale de recours AVS/AI, compétente à l'époque, a rejeté le recours. Par arrêt du Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA), ce jugement a été annulé, la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Ce faisant, notre Haute Cour a considéré que les troubles psychiques s'étaient déjà manifestés avant que ledit office rende sa décision, de sorte que l'OCAI et l'autorité de recours auraient dû examiner la capacité résiduelle du travail de l'assuré non seulement en fonction de ses affections physiques, mais également des troubles psychiques.
14. Suite au renvoi de la cause à l'OCAI, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique par le Dr R\_\_\_\_\_. Selon son rapport du 18 octobre 2004, l'assuré est atteint d'une dysthymie, d'une névrose de compensation et d'un trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique. Dans l'appréciation du cas et pronostic, l'expert relève ce qui suit (p. 8 ch.. 5 du rapport):

*"Il s'agit d'un assuré dépendant de l'alcool qui présente un trouble somatoforme douloureux persistant associé à une comorbidité psychiatrique faible entraînant une incapacité de gain de 20 à 25% sur le plan psychique. Le pronostic est réservé vu le long arrêt de travail et la névrose de compensation".*

Au point B.1 à la p. 8 de son rapport, l'expert a répété que la limitation précitée était due au trouble somatoforme douloureux persistant. Au point B.2.5 de son rapport, l'expert a indiqué qu'il y avait une incapacité de travail de 20% au moins depuis le 18 août 2000 et au point B.2.6 que l'incapacité de travail était restée à 50% depuis le 23 août 2000 (p. 9 du rapport). A la page 10, sous C.2., l'expert a réservé l'avis à

un médecin somaticien, concernant l'influence des mesures professionnelles sur la capacité de travail, tout en relevant que l'assuré était apte à travailler à 75-80% à son poste occupé jusqu'à maintenant. Par ailleurs, il n'était pas atteint de problèmes psychiques avant le 18 août 2000, à part des troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de l'alcool. S'agissant de l'occupation des journées par le recourant, l'expert a mentionné que celui-ci faisait de petites ballades, le ménage et les repas. Depuis son arrêt de travail, il souffrait par ailleurs de solitude.

15. Dans un avis médical du 2 novembre 2004, le Dr S\_\_\_\_\_ du Service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a rappelé que l'expertise somatique de juillet 2001 avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité dépourvue d'efforts et de 50 à 60% si les efforts étaient légers à modérés. Selon l'expert psychiatre, la capacité de travail était limitée à 75-80% en raison des problèmes psychiatriques. Partant, le Dr S\_\_\_\_\_ a estimé que, dans une activité adaptée évitant le port de charges et de gros efforts physiques, la capacité de travail était de ce pourcentage. Des mesures de réadaptation étaient inutiles, dans la mesure où l'assuré ne se montrera pas plus coopérant qu'en 2000.
16. Le 29 novembre 2004, le conseiller de l'assuré a notamment fait savoir à l'OCAI que le degré d'invalidité était supérieur à 70%, compte tenu des considérants de l'arrêt du TFA et des conclusions de l'expert psychiatre. L'assuré a conclu dès lors à l'octroi d'une rente entière.
17. Selon le rapport de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 8 février 2006, l'assuré subit un taux d'invalidité de 35,3% depuis 2000 et les mesures professionnelles ne sont pas indiquées. La comparaison de gain a été établie sur la base d'un taux de travail de 75%.
18. Par décision du 13 février 2006, l'OCAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de cette décision.
19. Par décision sur opposition du 31 janvier 2007, l'OCAI a rejeté celle-ci. Ce faisant, il a considéré que l'attitude démonstrative, ainsi que la conviction de l'assuré de ne plus pouvoir travailler avait été de nature à entraver la mise en œuvre du stage organisé par le CIP et expliquait les faibles rendements obtenus lors de ce stage. Il a ainsi estimé que les conclusions du CIP avaient été manifestement influencées par des facteurs étrangers et ne reflétaient pas la réelle capacité de travail de l'assuré.
20. Par acte du 26 février 2007, l'assuré recourt contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2000. Subsidièrement, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il reproche à l'intimé de ne tenir aucun compte de l'arrêt du TFA, lequel lui a renvoyé le dossier pour instruction complémentaire sur une incapacité de travail supplémentaire à celle résultant des seules affections physiques. De l'avis du recourant, si les affections somatiques motivent une invalidité de 56%, des facteurs

psychiques supplémentaires de l'ordre de 20 à 25% entraînent une invalidité totale. Il s'étonne à cet égard que l'intimé ait fait simplement disparaître des facteurs d'invalidité physiques dans sa nouvelle décision. Il estime par ailleurs que l'intimé ne peut pas s'écarter sans arbitraire de sa propre évaluation résultant de sa décision du 20 mai 2001 retenant une invalidité de 56%. Il relève en outre que l'expert s'est uniquement exprimé sur les troubles psychiques. Aucun examen médical somatique permet d'expliquer la modification de l'estimation de la capacité de travail par l'intimé. Enfin, si celui-ci estimait avoir commis une erreur en 2001, il devrait procéder par la voie d'une révision.

21. Par préavis du 24 avril 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que le TFA ne s'est pas prononcé sur le degré d'invalidité du recourant. Il s'est contenté d'annuler la décision alors litigieuse et de renvoyer la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Par ailleurs, selon son appréciation, l'atteinte pulmonaire du recourant n'affecte pas sa capacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte des limitations fonctionnelles.
22. Par courrier du 8 mai 2007, le recourant répète que la décision en cause a été rendue au mépris des considérants du TFA, selon lesquels l'intimé s'est déterminé à tort sur le degré d'invalidité de l'assuré en se fondant sur les seules affections physiques et en omettant d'examiner l'éventualité qu'il présente une atteinte à la santé psychique.
23. Selon le rapport d'observation des maîtres socio-professionnels de l'atelier de réadaptation professionnelle du Service de neuro-rééducation des HUG du 30 mai 2007, l'assuré a suivi un stage dans cet atelier du 19 mars au 18 avril 2007 à 50%, soit à raison de 3 heures par jour. Pendant ce stage, il a effectué les tâches suivantes: fabrication de plan incliné et autres objets d'examen de la marche, ponçage et finition de planches de transfert plexi, diverses fabrications de moyens auxiliaires en bois comprenant le débitage, le façonnage, la finition et le vernissage. Les maîtres socio-professionnels constatent que l'assuré est ponctuel et a un très bon niveau de motivation. Sa rapidité de compréhension des consignes lui a permis de reproduire certaines fabrications de manière totalement autonome, uniquement sur la base des nouvelles cottes. Dans les points négatifs, il est relevé qu'il présente les limitations en rapport avec l'amplitude de l'effort exigé par une tâche et que, dans ces situations, les temps de pause sont absolument indispensables pour qu'il puisse reprendre son souffle. Un doute subsiste parfois, le niveau de compréhension étant difficilement contrôlable à cause de la maîtrise lacunaire de la langue française. Le stress constitue aussi un facteur limitant que le recourant tente en permanence de maîtriser, avec plus ou moins de réussite. Dans les conclusions, le Dr. T\_\_\_\_\_ et Monsieur C\_\_\_\_\_, technicien responsable, indiquent ce qui suit:

*"Nous sommes en totale opposition avec la vision du Dr U\_\_\_\_\_ quant à la capacité horaire de M. B\_\_\_\_\_ mais nous sommes en accord avec les autres points en relevant que la motivation considérée comme partielle est acceptable pour autant qu'on la relie clairement à des facteurs de crainte et non de volonté.*

*En effet, il nous semble illusoire de prétendre une exigibilité au-delà de 50% et ceci dans une profession tenant compte de ses difficultés respiratoires, donc sans efforts majeurs et répétitifs, ceci avec un rendement de l'ordre de 70 à 80%.*

*La flexibilité de Monsieur B\_\_\_\_\_ pourrait lui offrir de nombreux domaines professionnels; cependant, sous réserve de la reconnaissance du caractère invalidant de sa maladie, un engagement en ateliers protégés serait la solution la plus adéquate."*

24. Par décision du 5 octobre 2007, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) déclare le recourant inapte au placement dès le 17 septembre 2007.
25. Par écritures du 30 octobre 2007, le recourant persiste dans ses conclusions et verse à la procédure la décision de l'OCE et le rapport des HUG précités.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA)
3. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'intimé était en droit de supprimer la demi-rente d'invalidité accordée par décision du 26 février 2001, mais non entrée en force en raison de son annulation par l'arrêt du TFA du 23 avril 2003, étant précisé que l'intimé a néanmoins continué à verser cette demi-rente jusqu'à sa suppression par décision du 13 février 2006. Le recourant fait valoir à cet égard que l'intimé aurait dû procéder par la voie de la révision, à savoir examiner si l'état de santé s'était amélioré par rapport à la situation au moment de la décision initiale.

Au vu de ce qui suit, cette question peut toutefois rester ouverte.

4. L'objet du litige est le degré d'invalidité du recourant à partir de mai 2000. Il convient toutefois de tenir compte de ce que l'intimé a admis une amélioration de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail dès cette date au plus tard, dès lors qu'il lui avait accordé une rente d'invalidité entière jusqu'au 30 novembre 1999 par décision du 18 août 2000.
5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI ([ATF 125 V 417](#) ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; [ATF 125 V 417](#) consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.
6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).  
  
b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

d) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

8. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise par les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ pour ce qui concerne ses atteintes physiques. Ceux-ci sont arrivés à la conclusion que le recourant pourrait travailler à 100% dans une activité n'exigeant aucun effort physique et à un taux de 50 à 60% dans une activité exigeant des efforts physiques légers à modérés. Les conclusions de ces experts concordent avec les constatations du CIP, lequel a également considéré que la capacité de travail résiduelle théorique était de 60%, étant précisé qu'il s'agissait de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité légère mais non exempte de tout effort physique. Dans un rapport d'observation récent du 30 mai 2007, les maîtres socio-professionnels estiment que le recourant présente seulement une capacité de travail de 50% dans une activité sans efforts majeurs et répétitifs, avec un rendement de l'ordre de 70 à 80%. Selon eux, seul un travail en atelier protégé entre en ligne de compte. Il convient de relever que cette observation a également été effectuée pour une activité légère non dépourvue de tout effort physique.

Certes, sur le plan physique, selon les experts M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, la capacité de travail pourrait être de 100%, si aucun effort physique n'est exigé. Toutefois, au vu du parcours professionnel du recourant, son instruction scolaire minimale et sa connaissance imparfaite du français, l'accès à des professions sans effort physique est très restreint. Par conséquent, le choix des professions possibles, même dans un marché du travail équilibré, serait trop limité, de sorte qu'il y a également lieu de prendre en considération des activités légères telles que pratiquées dans les ateliers d'observation professionnelle.

Quant à l'appréciation de la capacité de travail par le Dr R\_\_\_\_\_, il y a lieu de relever que cet expert n'a pas mis en doute l'évaluation de la capacité de travail par les somaticiens. En effet, il réserve expressément dans son rapport leur avis et admet de surcroît que l'incapacité de travail est restée inchangée depuis le 23 août 2000, soit à 50%

Partant, le Tribunal de céans admettra une capacité de travail de 60%, en raison des atteintes physiques, conformément à l'expertise des Dr M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, ainsi qu'aux conclusions des réadaptateurs du CIP.

9. Le recourant est toutefois également atteint de troubles psychiques. A cet égard, le Dr R\_\_\_\_\_ a notamment constaté qu'il souffre d'une dysthymie et d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Cela étant, il y a lieu d'examiner si les troubles psychiques, en particulier le trouble somatoforme douloureux persistant, revêtent en l'occurrence un caractère invalidant.

10. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).

b) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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 malade 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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble

somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

11. a) En l'espèce l'expert psychiatre n'a pas diagnostiqué une atteinte psychique majeure, à la date de ses examens en mars, avril et septembre 2004, dans la mesure où il n'a mis en évidence qu'une dysthymie, affection qui n'entraîne en principe pas une incapacité de travail. Quant à l'évolution de l'état psychique du recourant, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne souffrait pas de troubles psychiques avant le 18 août 2000, hormis de troubles liés à la consommation d'alcool. Par ailleurs, de l'avis de ce médecin, l'incapacité de travail est restée à 50% dès le 23 août 2000. En premier lieu, il ne ressort pas de son expertise sur quels éléments il s'est fondé pour déterminer que le recourant n'a pas présenté des troubles psychiques avant le 18 août 2000. Cette date correspond en fait à celle de la décision de l'intimé, par laquelle celui-ci a octroyé au recourant une rente d'invalidité entière jusqu'au 30 novembre 1999. A cela s'ajoute que l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_ de l'état de santé psychique antérieur à son expertise est en contradiction avec l'évaluation effectuée en avril et mai 2002 par les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ des HUG, lesquels avaient alors mis en évidence un état dépressif majeur sur la base de l'examen clinique et l'échelle MADRS. Le Dr R\_\_\_\_\_ ne mentionne pas ce rapport dans son expertise, de sorte qu'il y a lieu de supposer qu'il n'en a pas eu connaissance. Par conséquent, son évaluation de l'état psychique antérieur avant son expertise n'a pas valeur probante, indépendamment du fait qu'il y a en principe lieu de donner la préférence à une appréciation des médecins qui ont concrètement pu examiner l'assuré dans le passé. En l'occurrence, les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ne sont en outre pas à assimiler au médecin traitant, dès lors qu'ils n'avaient pas un mandat de soin, mais étaient uniquement consultés pour une évaluation, de sorte que celle-ci présente en principe une certaine garantie d'objectivité.

Cela étant, le Tribunal de céans estime qu'il convient de se fonder sur leur rapport du 29 mai 2002 pour l'appréciation de l'état psychique du recourant à cette époque. Dès lors que ces derniers médecins ont retenu un épisode dépressif majeur, une incapacité de travail de 100 % doit être admise.

Quant au début de celle-ci, il appert que l'état de santé du recourant s'était déjà aggravé lorsqu'il a commencé les stages en entreprise en mars 2000. En effet, ses rendements avaient alors brusquement chuté. Le responsable du stage trouvait que le stagiaire fatiguait beaucoup, parlait peu et n'avait absolument pas "la pêche". Même si le responsable mettait la lenteur sur le compte des limitations physiques, il y a lieu d'admettre que les rendements limités sont plutôt dus à l'installation d'un épisode dépressif majeur, dès lors qu'il n'est pas établi que l'état physique du recourant se soit aggravé après son observation professionnelle au CIP. Partant, une

incapacité de travail totale, ou au moins de 70%, doit être constatée, selon toute vraisemblance.

Toutefois, en 2004, le Dr R\_\_\_\_\_ constate une amélioration de l'état psychique, puisqu'il ne diagnostique qu'une dysthymie, en plus d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Quant à la date de cette amélioration, elle est difficile à déterminer, en l'absence d'éléments pertinents ressortant de l'anamnèse. Par conséquent, il sied de retenir la date du 1<sup>er</sup> examen du Dr R\_\_\_\_\_, soit mars 2004. Ainsi, cette amélioration peut être au plus tôt prise en considération trois mois après, soit dès le 1<sup>er</sup> juin 2004.

b) Il n'empêche que l'expert psychiatre a attesté une incapacité de travail de 20 à 25% en raison du trouble somatoforme douloureux, associé à une dysthymie, indépendamment des affections somatiques. Par ailleurs, le Dr T\_\_\_\_\_ et Monsieur C\_\_\_\_\_ de l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG ont constaté qu'un travail dans le circuit du travail normal n'était pas exigible. Il convient cependant de tenir compte de ce que cette appréciation prend également en considération le trouble somatoforme douloureux. Il sied dès lors d'examiner, sur la base des critères développés par la jurisprudence, si un caractère invalidant peut être reconnu à ce trouble. En premier lieu, une comorbidité importante par sa gravité doit être écartée, s'agissant de la dysthymie diagnostiquée. Il est à cet égard à relever que la symptomatologie dépressive n'a jamais fait l'objet d'une prise en charge spécifique par un psychiatre. Le recourant n'a en particulier pas bénéficié d'un traitement médicamenteux pour soigner sa dépression. Quant aux autres critères, il convient d'admettre que le recourant souffre d'affections corporelles chroniques, à savoir d'une atteinte pulmonaire qui existe depuis plus de 10 ans aujourd'hui. S'agissant du critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, il n'est pas rempli. Certes, le Dr R\_\_\_\_\_ constate que l'assuré souffre de solitude depuis son arrêt de travail. Toutefois, son réseau social était apparemment toujours relativement restreint et l'absence de contact semble être plus liée à l'arrêt du travail et à l'éloignement de sa famille qu'aux atteintes à la santé. Le recourant sort par ailleurs pour faire de petites promenades et ne vit donc pas totalement reclus chez lui. En absence d'événements de la vie adverses particuliers et d'une prise en charge psychiatrique, il n'y a pas non plus lieu de retenir un état psychique cristallisé. Quant au dernier critère, il sied de reconnaître que les traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art ont échoués, dans la mesure où le recourant continue à ressentir les mêmes symptômes depuis des années.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant ne remplit pas suffisamment de critères pour admettre que le trouble somatoforme a un caractère invalidant au sens de la loi. Partant, une incapacité de travail supplémentaire en raison des affections psychiques ne saurait être reconnue en l'occurrence, de sorte

que l'évaluation de la capacité de travail effectuée dans la précédente procédure reste valable dès l'amélioration de l'état psychique, soit au plus tard en mars 2004.

Le calcul de la perte de gain n'étant pas mis en cause, un degré d'invalidité de 56% doit être admis ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2004.

12. Le Tribunal de céans relèvera enfin qu'il est loisible au recourant de demander l'octroi de prestations complémentaires, s'il appert qu'il n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons dont l'assurance-invalidité ne peut tenir compte. En effet, il n'y a lieu de prendre en considération, à titre de revenu déterminant pour le calcul des ces prestations, un revenu hypothétique de l'activité lucrative d'un invalide partiel que s'il est établi que celui-ci serait concrètement en mesure d'exercer une telle activité. Cela est certes présumé, mais cette présomption peut être renversée (ATF 115 V 88 consid. 2). Le caractère exigible de l'exercice d'une activité lucrative doit être examiné en fonction notamment de l'âge de la personne, son état de santé, ses connaissances linguistiques, sa formation professionnelle, l'activité exercée jusqu'ici, du marché de l'emploi et le cas échéant, du temps plus ou moins long pendant lequel elle aura été éloignée de la vie professionnelle (ATF 117 V 290 consid. 3a; VSI 2001 p. 128 consid. 1b; consid. 2 de l'arrêt T. du 9 février 2005, P 40/03, résumé in RDT 60/2005 p. 127; voir également ATFA du 6 février 2006 P 49/04).
13. Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision attaquée annulée. Le recourant sera par ailleurs mis au bénéfice d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2000 au 31 mai 2004, puis d'une demi-rente dès cette date.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens.
15. L'intimé succombant dans une mesure notable, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., sera mis à sa charge.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 31 janvier 2007 de l'intimé.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mai 2000 au 31 mai 2004, puis une demi-rente d'invalidité dès cette date.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice fixé à 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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