RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1718/2003** **ATAS/708/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 5e chambre

## du 31 août 2005

En la cause

Monsieur **D**_____, comparant par Me CARRARD Olivier recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**, 97, rue de intimé
Lyon, case postale 425, 1211 Genève 13

**Siégeant : Mme Maya CRAMER , Présidente, Mmes Valérie MONTANI et Karine STECK, juges.**

## EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1959 et de nationalité portugaise, est manœuvre dans le bâtiment.

2. Depuis le mois de novembre 1993, il est en arrêt total de travailler, en raison de lombalgies.

3. Du rapport du 3 février 1994 du Docteur A_____, il résulte notamment que l'assuré avait fait une chute il y a quatre ans qui a provoqué une fracture de deux côtes et qu'il se plaint de lombalgies depuis trois ans.

4. Le 22 mars 1994, il a formé une première demande de prestations d'assurance d'invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.

5. Selon le rapport médical du 8 avril 1994 du Docteur B_____, médecin traitant de l'assuré, son patient est atteint d'une hernie discale derrière le plateau supérieur de L5, de troubles statiques de la colonne dorsale et lombaire, d'une ostéophytose L1-L2, d'un ulcère gastrique, de céphalées avec un vertige du type migraine et d'une hypertension artérielle.

6. Le 30 mai 1994, la Doctoresse C_____, neurologue et médecin traitant de l'assuré, a constaté que le patient souffrait de céphalées de tensions sans atteinte neurologique ni électroencéphalographique en faveur d'une pathologie organique sous-jacente. En ce qui concernait les problèmes de dos, il ne présentait actuellement aucun syndrome vertébral aigu ni atteinte déficitaire radiculaire, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une intervention neurochirurgicale. Il semblait à ce médecin qu'une reprise partielle de travail pouvait être tentée, si nécessaire avec le soutien d'un corset.

7. Selon le rapport du 3 juin 1994 du Docteur B. A_____ du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et du Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), l'intéressé souffre de dorsolombalgies, troubles statiques et d'une probable polyinsertionite. Sa capacité de travail dans une profession adaptée est de 100%.

8. Dans son rapport du 23 janvier 1995, le Docteur B_____ a estimé qu'une réadaptation professionnelle était possible, dans une activité n'impliquant pas d'efforts du dos.

9. Selon le rapport du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 8 mars 1995, l'assuré avait obtenu dans ses ateliers des rendements de l'ordre de 70% dans des travaux simples et répétitifs en position assise, Ces résultats n'ont pas pu être vérifiés en entreprise, dès lors que l'assuré avait interrompu le stage organisé dans le secteur du polissage après une journée. Le CIP a en outre

constaté que l'assuré n'avait démontré aucun engagement pour se réinsérer sur le plan professionnel.

10. Le 21 mars 1995, la division de réadaptation professionnelle a également relevé un investissement insuffisant de la part de l'assuré pour trouver une solution professionnelle, de sorte qu'une réadaptation professionnelle était illusoire. Pour une capacité de gain de 70%, la perte de gain par rapport au salaire réalisé dans son ancienne profession était de 31%.

11. A la demande de la caisse maladie, le Docteur E_____, spécialiste en médecine interne, a examiné l'assuré et procédé à une expertise médicale. Selon son rapport du 26 juin 1995, l'assuré souffrait d'une sinistrose, de dorso-lombalgies sur hypoextensibilité et hypertrophie de la musculature lombaire avec présence d'une petite hernie discale derrière le plateau supérieur de L5, d'un status après ulcère bulbaire et de céphalées de tension. Les douleurs continuelles ressenties par le patient empêchaient toute activité professionnelle dans sa profession actuelle. La cause en était la sinistrose. Dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100%. Cependant, la sinistrose était un obstacle considérable, à la fois au traitement et à la reconversion professionnelle. L'expert a en outre constaté un analphabétisme accompagné d'une apathie assez spectaculaire, de sorte qu'un recyclage professionnel quel qu'il soit ne donnerait vraisemblablement jamais de résultat. L'avenir à long terme lui paraissait particulièrement compromis, dans la mesure où il estimait l'assuré vraiment incapable, non seulement de se réinsérer professionnellement, mais également d'organiser sa propre existence. Il allait rester dans une inactivité quasi totale.

12. Le 19 juin 1997, le Docteur F_____ du département des neurosciences et dermatologie des HUG a procédé à une expertise neuropsychologique de l'assuré. Dans son rapport du 20 juin 1997, il a notamment fait état d'un accident, soit d'une chute d'un mètre, avec notion de brève perte de connaissance et rares céphalées au décours, et a constaté, qu'il y avait un bradypsychisme, des difficultés mnésiques qui étaient à relier à l'état dépressif existant, et que le patient présentait plusieurs signes d'un état dépressif installé qui durait déjà en tout cas depuis un an et pour lequel une évaluation complémentaire allait être demandée. Il existait des signes neurologiques peu cohérents qui allaient dans le sens d'une surcharge. Le patient avait des difficultés d'adaptation sociale liées à son petit niveau intellectuel. Toutefois, selon ce médecin, l'assuré n'était pas à proprement parler analphabète, dans la mesure où il était capable de lire des informations. Enfin, le Docteur F_____ a relevé la présence de pauses respiratoires nocturnes qui pouvaient être responsables des états dépressifs.

13. Les Docteurs G_____ et H_____ de la division de pneumologie et du centre anti-tuberculeux des HUG ont diagnostiqué le 15 juillet 1997 un

syndrome d'apnées du sommeil et un état dépressif probable. L'examen oximétrique effectué montrait la présence de nombreuses désaturations. Il était clairement reconnu qu'un syndrome d'apnées du sommeil pouvait être responsable d'une symptomatologie dépressive et de nombreux symptômes liés à la somnolence et l'endormissement diurne que présentait le patient. Les médecins ont dès lors conseillé un traitement médical.

14. Dans son rapport du 19 décembre 1997, le Docteur I_____ du département de psychiatrie des HUG a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, une probable dysthymie et des douleurs comme facteur de stress aigu. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré était dans l'impossibilité totale de travailler. Depuis environ 3 ans il était sous antidépresseurs qui avaient légèrement amélioré son état. Toutefois depuis l'hospitalisation de sa fille dans l'Unité pour adolescents suicidants pendant 3 semaines, son état s'était détérioré. Il accepterait de se soumettre à un traitement de soutien psychothérapeutique dont il ne pouvait toutefois être supposé qu'il eût un effet conséquent. Une rente d'invalidité semblait à ce médecin très justifiée.

15. Le 12 janvier 1998, le Docteur F_____ a procédé à un complément de son expertise du 20 juin 1997 et à une évaluation finale. Il a mentionné une chute d'un mètre de hauteur en 1986, avec fractures de deux côtes et traumatisme crânien mineur, mais qui va déboucher sur des céphalées post-commotionnelles résiduelles, lentement régressives, et une deuxième chute, de sa hauteur, en 1993, avec aggravation des lombalgies et irradiation dans les jambes. Il a diagnostiqué un état dépressif sévère, un syndrome d'apnées du sommeil, une polyinsertionite, des céphalées mixtes pratiquement quotidiennes, des douleurs diffuses et incohérentes dans le cadre d'une probable sinistrose. La symptomatologie dépressive avait commencé en 1993, lorsque l'assuré avait arrêté de travailler, et était accompagnée d'un état d'angoisse important à la suite des problèmes psychiatriques de sa fille. Il ne semblait pas suivre le traitement pour le syndrome d'apnées du sommeil. Au niveau social et familial, la situation était dramatique en raison des problèmes de sa fille, ainsi que du fait que sa femme et son frère étaient au chômage. En faisant abstraction des incohérences sur le plan physique et psychique constatées et en valorisant les plaintes anamnéstiques, à savoir les douleurs lombaires, dorsales, cervicales et les céphalées, la capacité de travail était, du point de vue physique, de 70%. Cependant, en raison des affections psychiques, soit l'état dépressif sévère et la sinistrose probable, ainsi qu'en raison du niveau intellectuel limité, la capacité de travail n'était que de 30%.

16. Par décision du 23 juin 1998, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er juin 1995.

17. Dans le cadre de la procédure de révision initiée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), la Doctoresse C_____ a indiqué, dans son rapport du 25 juillet 2000, que l'état de l'assuré était stationnaire, qu'il avait toujours besoin d'un traitement médical antalgique et antidépresseur. Selon ses diagnostics, l'assuré souffrait de douleurs chroniques lombaires et cervicales, céphalées de tension, d'un syndrome d'apnées du sommeil et d'un état dépressif avec une humeur stabilisée mais non corrigé par les divers traitements. L'IRM cervicale montrait des lésions dégénératives et une petite hernie au niveau L6-L7. Concernant son syndrome d'apnées du sommeil, il ne prenait plus les médicaments, dans la mesure où il ne les supportait pas.

18. Le 26 février 2002, la Doctoresse C_____ a attesté que l'état dépressif de son patient était toujours sévère, même s'il était moins triste et son état mieux stabilisé sous traitement. Elle avait observé peu de limitations fonctionnelles au niveau de la colonne cervicale. Il n'y avait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, dès lors que les troubles étaient principalement de nature psychogène. Son problème psychiatrique et le fonctionnement intellectuel limité l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle légère, ne serait-ce qu'à temps partiel.

19. Dans l'annexe à son rapport médical intermédiaire de la même date, la Doctoresse C_____ a en outre indiqué que son patient la consultait quatre fois par an, lorsqu'il revenait du Portugal, et a précisé son traitement médicamenteux.

20. Le 28 janvier 2003, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Service médical régional de l'assurance-invalidité Léman (ci-après : SMR Léman). Selon le rapport du 25 février 2003 de la Dresse J_____ de ce service, l'assurée se plaignait toujours de douleurs de la colonne lombaire et de la nuque, de fatigue, de maux de tête et d'estomac. Sa vie sociale était normale et il rentrait plusieurs fois par année en avion au Portugal où il restait alors pendant six mois. Il souffrait, d'un point de vue psychiatrique, d'une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Le traitement médicamenteux qu'il suivait contre la dépression était léger et il n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique, ambulatoire ou hospitalière. Le ralentissement psychomoteur objectivé au Service clinique psychiatrique pourrait être expliqué par la prise de benzodiazépines. La dysthymie ne présentait pas une comorbidité psychiatrique grave aux troubles douloureux présentés et ne justifiait ainsi pas une diminution de la capacité de travail. Ainsi, ce médecin arrivait à la conclusion que la capacité de travail exigible était de 100% du point de vue psychiatrique.

21. Par décision du 2 avril 2003, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le 1er juin 2003, au motif que son état de santé ne l'empêchait plus d'exercer normalement une activité lucrative, selon les renseignements médicaux et notamment l'expertise médicale à laquelle il a été soumis. L'effet suspensif à une éventuelle opposition dirigée contre cette décision a été retiré. La décision fut notifiée à l'ancienne adresse de l'assuré et ne lui était par conséquent pas parvenue la première fois. Une seconde notification à la nouvelle adresse a eu lieu le 7 mai 2003.

22. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a interjeté le 23 mai 2003 opposition contre cette décision en concluant préalablement à ce qu'un bilan dynamique de sa colonne vertébrale soit ordonné, et principalement à l'annulation de la décision attaquée et au maintien d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement, il a fait valoir qu'une éventuelle suppression de la rente ne pourrait prendre effet qu'à partir du 1er juillet 2003, dans la mesure où la décision litigieuse ne lui avait été notifiée qu'en mai 2003. Il s'est prévalu ensuite de ses douleurs lombaires et cervicales, ainsi que des troubles statiques de la colonne vertébrale pour justifier qu'il ne pourrait aujourd'hui plus exercer une activité professionnelle dans le bâtiment. Or, il n'était apte que pour une activité en relation avec les métiers du bâtiment. Il a en outre reproché à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de ses céphalées et du syndrome d'apnée du sommeil.

23. Selon l'appréciation médicale du 26 juin 2003 du médecin de l'Office AI du Canton du Jura, auquel l'instruction à la présente procédure avait été déléguée, il n'y avait pas de répercussion organique des troubles constatés au niveau médullaire. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique, les troubles somatoformes douloureux qu'il présentait n'avaient pas un caractère invalidant au sens de la loi.

24. Selon l'entretien téléphonique du 1er juillet 2003 de l'Office AI du Jura avec la Caisse de compensation, la rente n'allait être supprimée que dès le mois de juillet 2003, soit le deuxième mois qui suivait la notification de la décision.

25. Par décision du 10 juillet 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition au motif que l'examen clinique n'avait pas montré de maladie psychiatrique grave, de troubles de la personnalité morbide ou des limitations fonctionnelles psychiatriques autres qu'un ralentissement psychomoteur probablement d'origine médicamenteuse. Aucune perturbation de l'environnement psychosocial n'avait non plus été notée, malgré l'allégation de lourds handicaps, et une discordance entre les plaintes et les constatations objectives avait été mise en évidence. S'agissant des atteintes physiques, celles-ci n'avaient aucune répercussion au niveau fonctionnel.

26. Par décision du 7 août 2003, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1er jour contrôlé, à savoir le 2 juin 2003. Cette décision était motivée par le fait que la Doctoresse C_____ avait certifié une incapacité de travail par ses certificats du 12 mai et 14 juillet 2003 et que l'assuré s'était déclaré également incapable de travailler et n'envisageait pas de reprendre une activité. Cet office a en outre considéré que, dès lors que l'assuré avait été en incapacité totale de travailler et au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité durant 8 ans, il ne présentait aucune aptitude au placement ni objective ni subjective, compte tenu de la situation du marché du travail actuelle.

27. Par acte du 15 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'OCAI du 10 juillet 2003, en reprenant ces conclusions principales. Subsidiairement, il a conclu à ce que toute mesure utile et nécessaire notamment toute expertise médicale propre à constater son état de santé soit ordonnée et, plus subsidiairement encore, à ce que des mesures d'ordre professionnel de reclassement soit ordonnées. Il a reproché à l'OCAI de s'être fondé uniquement sur l'expertise de la Doctoresse J_____, sans avoir donné à la Doctoresse C_____ la possibilité de répondre aux critiques formulées par ce premier médecin et sans avoir ordonné une nouvelle expertise au vu des contradictions entre les conclusions de ces derniers médecins. L'OCAI aurait dû en outre tenir compte de l'ensemble des troubles de la santé dont il était affecté, soit également de ceux de son état physique. Dans la mesure où il n'avait plus travaillé depuis 10 ans, il était enfin indiqué de le mettre au bénéfice d'une reconversion professionnelle.

28. Dans sa détermination du 4 novembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en reprenant son argumentation antérieure.

29. Par réplique du 16 août 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a informé le Tribunal de céans d'avoir été hospitalisé en date du 9 mars 2004 pour dyspnée et requis à cette occasion un soutien psychologique. Selon le rapport d'intervention établi dans ce contexte par le Docteur K_____ le 10 avril 2004 que le recourant a produit dans la procédure, il présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique dans le contexte de l'annulation de sa rente d'invalidité ainsi qu'un probable syndrome douloureux somatoforme persistant. Le choix d'un anti-dépresseur était délicat, en raison de l'effet sédatif. Ce médecin a également fait état de la réintroduction du traitement médical pour soigner le syndrome d'apnée du sommeil.

30. Dans sa duplique du 13 septembre 2004, l'OCAI a maintenu ses conclusions, en se fondant sur l'expertise de la Doctoresse J_____, tout en relevant que les observations objectives apportées par un expert avait plus de poids que celles émanant d'un médecin traitant.

31. Par écriture spontanées du 19 octobre 2004, le recourant a transmis au Tribunal de céans l'avis médical du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, selon lequel il était en incapacité totale et définitive jusqu'à preuve du contraire. Il a à cet égard souligné que le médecin-conseil, à savoir le Dr L_____, devait être considéré comme un expert parfaitement neutre.

32. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse C_____ lui a communiqué le 15 novembre 2004 qu'elle avait qualifié l'état dépressif du recourant de sévère, dès lors que sa situation ne s'était pas modifiée au cours du temps, qu'il restait dans un état d'aboulie totale sans aucune initiative, passant ses journées couché à somnoler devant la télévision, à l'exception d'une promenade quotidienne. Exceptionnellement, il pouvait aider sa femme dans la préparation des repas. Quant à sa vie sociale, il s'agissait surtout de visites à sa famille qui l'invitait, plus rarement chez des amis, et il refusait souvent une invitation au moment où il ne se sentait pas bien. Il ne recevait des invités que deux fois par année. Il se plaignait en outre d'une fatigue constante qui était aussi d'origine dépressive, et d'angoisses. Quant à l'expertise médicale effectuée par la Dresse J_____, la Dresse M_____ a relevé que son patient avait dû oublier qu'il avait un double traitement antidépresseur, à savoir un antidépresseur majeur, la Fluctine, et un plus léger, le Deanxit. Elle a également constaté que le rapport du SMR ne faisait pas état des angoisses du patient, entraînant des manifestations somatiques, notamment des douleurs à la poitrine. La psychiatre du SMR semblait également exclure un état dépressif sévère simplement en raison de l'absence d'idées suicidaires alors que, selon la Dresse C_____, ce critère n'était pas indispensable pour diagnostiquer un état dépressif sévère, dès lors que bon nombre de patients sévèrement dépressifs ayant nécessité un séjour de plusieurs mois en clinique psychiatrique ne présentait pas de telles idées. Le ralentissement psychomoteur constaté n'était en outre pas en rapport avec la médication, étant précisé que le patient était en fait très peu compliant à celle-ci. Par ailleurs, il présentait un état psychique cristallisé et, même s'il prenait régulièrement sa médication, son état ne serait pas modifié, comme elle avait pu le constater au moment des prises régulières du traitement. Enfin, il ne disposait d'aucune ressource psychique pour surmonter ses douleurs, s'agissant d'une personne fruste, au fonctionnement intellectuel limité, ne permettant aucune introspection.

33. Par ordonnance du 23 février 2005, le Tribunal de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique et a commis à ces fins le Dr N_____, psychiatre et psychothérapeute, après avoir soumis au préalable le questionnaire aux parties avec la possibilité de s'y déterminer et de le compléter.

34. Dans son rapport du 7 juin 2005, cet expert a considéré que le recourant souffrait, au début de l'année 2003, des affections psychiatriques suivantes : trouble dépressif récurrent; épisode actuel léger; déficience mentale légère;

trouble de la personnalité dépendante (passive et asthénique); suspicion d'un syndrome post-commotionnel. Sur la base des éléments du dossier, il a estimé que l'état psychique de l'expertisé s'était stabilisé entre 1998 et 2003, mais que sa situation ne s'était pas fondamentalement modifiée. A la date de la révision de la rente, la capacité de travail était nulle, insuffisante même pour un travail en milieu protégé. Le syndrome d'apnées du sommeil, associé à des charges de famille grandissantes et des lésions dégénératives de la colonne vertébrale, parallèlement à des céphalées chroniques, avaient épuisé définitivement les ressources psychiques de l'expertisé. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne lui paraissait par ailleurs par approprié, s'agissant d'une personne présentant diverses atteintes objectivées, physiques et mentales. Le syndrome d'apnées du sommeil et la fatigabilité diurne qui en résultait impliquait un rendement inexploitable. Il y avait un net retrait social, l'expertisé n'ayant pour contact social plus que son conjoint, ses deux frères et leurs épouses. L'expert a expliqué l'étiologie du ralentissement psychomoteur constaté par le trouble de la personnalité dépendante, par le trouble de la perception visio-spatiale mis en évidence par des tests psychologiques, et par son humeur dépressive avec perte de l'élan vital, de motivation et d'intérêt. Selon l'expert, les benzodiazépines ne constituaient pas un facteur causal du ralentissement psychomoteur. Quant à l'efficacité d'un traitement antidépresseur régulier, il a estimé qu'il pouvait tout au plus améliorer modestement le vécu de l'expertisé, mais ne modifiera aucunement la situation de manière significative sur le plan de sa capacité de travail. L'expertisé n'était par ailleurs pas accessible à une démarche psychothérapeutique. Le trouble de la personnalité était figé et le trouble de l'humeur restera certainement persistant à un degré plus ou moins important. L'expert émet en outre l'hypothèse que l'expertisé ait subi un syndrome post-commotionnel lors de sa chute survenue il y quelques années, et que ce syndrome ait aggravé sa difficulté à investir le monde extérieur et a utiliser au mieux ses ressources résiduelles. A cet égard, le Dr N_____ a souligné que le recourant présentait tout un cortège de symptômes d'un tel syndrome, à savoir céphalées, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnies, diminution de la tolérance au stress et aux émotions.

35. Dans sa détermination après expertise du 27 juin 2005, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

36. Le recourant en a fait de même, par écritures de la même date, en se prévalant des conclusions de l'expert.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

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

2. Les décisions de l'intimée ayant été rendues en 2003, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), cette loi est applicable.

3. 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

   Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont également soumises à révision si l'assuré ou l'assureur

découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1).

L'assureur peut aussi revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). La reconsidération ne doit toutefois pas être un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

4. En vertu des art. 7 et 8 al. 1 LPGA, l'invalidité est l'incapacité de gain totale et partielle, permanente ou de longue durée, qui résulte de la 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. Selon l'art. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour

admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent également, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent cependant pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv. ) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

5. En vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA), lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

   En outre, lorsqu'il apprécie 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'expertise de la Dresse J_____ du 25 février 2003, pour considérer que l'état de santé du recourant s'est modifié, au point de lui permettre de récupérer une capacité de travail complète. Ce médecin, considérant que la rente avait été attribuée au recourant pour un trouble somatoforme douloureux, dès lors que la totalité de ses plaintes ne pouvait être médicalement objectivée, a examiné si le recourant remplissait les critères jurisprudentiels précités relatifs à cette affection, et s'il fallait admettre que son état psychique s'est amélioré. Elle arrive à la conclusion que tel est bien le cas, dès lors que, selon son appréciation, le recourant ne souffre plus que d'une dysthymie. Estimant ainsi qu'il n'y avait plus de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux persistant, elle a évalué la capacité de travail à 100% d'un

point de vue psychiatrique. Quant au ralentissement psychomoteur mis en évidence par les médecins, celui-ci était dû à des benzodiazépines et pouvait ainsi être amélioré par la suppression de ces médicaments.

Son appréciation médicale est contestée par la Dresse C_____, laquelle a néanmoins admis que, à l'examen clinique, les traits du patient étaient un peu moins tristes et qu'il montrait parfois une ébauche de sourire. Néanmoins, pour l'essentiel, son état de santé ne s'était pas modifié, son patient restant la majeure partie du temps dans un état d'abolie totale sans aucune initiative et vivant dans un retrait social important. Même s'il prenait ses médicaments régulièrement, son état ne pourrait pas être amélioré.

L'expert judiciaire mandaté a également constaté une stabilisation de l'état dépressif du recourant. Il estime néanmoins que celui-ci remplit toujours le diagnostic de trouble dépressif récurrent. De surcroît, il a constaté, contrairement à la Dresse J_____, une déficience mentale légère, un trouble de la personnalité dépendante et une atteinte mnésique et visio-spatiale, laissant suspecter la présence d'un syndrome post-commotionnel. En outre, le syndrome d'apnées du sommeil a, selon l'expert, des conséquences certaines sur le psychisme, sur les possibilités de récupération et sur l'efficience intellectuelle et émotionnelle de l'expertisé.

En l'occurrence, il convient d'attribuer à cette expertise une pleine valeur probante, dès lors qu'elle se fonde sur des examens approfondis, a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes de l'assuré et aboutit à des conclusions convaincantes. Sur la base de cette expertise, il y a lieu de considérer que l'état de santé psychique du recourant s'est certes amélioré, dans le sens d'une stabilisation. Néanmoins, il présente toujours un état dépressif récurrent, même si l'épisode était léger au moment de l'examen par la Dresse J_____. En tout état de cause, la légère amélioration constatée ne saurait être qualifiée de notable, au vu des constatations de l'expert, lequel rejoint en cela le médecin traitant du recourant. Aussi, il y a lieu de considérer qu'il n'y a pas de modification sensible de l'état de santé au sens de l'article 17 LPGA, permettant de procéder à une révision de la rente.

7. De surcroît, même en admettant que l'état dépressif de l'assuré devrait aujourd'hui être qualifié de dysthymie, il conviendrait en l'espèce d'admettre que le trouble somatoforme douloureux, pour autant qu'un tel trouble puisse être diagnostiqué, ce que semble contester le Dr N_____, a un caractère invalidant, selon les critères jurisprudentiels précités. En effet, on ne saurait nier que le recourant présente, outre le trouble de l'humeur, plusieurs comorbidités psychiatriques d'une acuité et d'une durée importante à savoir une déficience mentale légère, un trouble de la personnalité dépendante et une atteinte mnésique et visio-spatiale pouvant être attribuée éventuellement à un syndrome post-commotionnel. Les autres critères jurisprudentiels sont également remplis. En effet, il souffre d'affections corporelles

chroniques et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable sous forme d'un syndrome d'apnées du sommeil, de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et d'une gastrite chronique. Sa perte d'intégration sociale n'est pas totale, grâce notamment à son épouse. On ne saurait néanmoins nier que le retrait social est important. Par ailleurs, tous les médecins consultés, sauf la Dresse J_____, ont constaté que le recourant souffre d'un état psychique cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Enfin, les traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art et les mesures de réhabilitation ont échoué, sans qu'on puisse reprocher au recourant un manque de motivation, dans la mesure où il ne dispose pas de ressources psychiques pour surmonter la douleur, comme l'expert judiciaire et le médecin traitant, ainsi qu'implicitement les Docteurs E_____, F_____ et I_____ l'ont admis.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans admettra que le recourant est affecté d'une atteinte à la santé médicalement attestée et invalidante au sens de la loi.

Cela étant, les conditions d'une révision procédurale et d'une reconsidération ne sauraient à l'évidence pas non plus être réalisées.

8. Il résulte de ces considérations que le recours doit être admis.

9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable;

**Au fond :**

2. L'admet;

3. Annule la décision sur opposition du 10 juillet 2003 de l'intimé;

4. Alloue au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, à la charge de l'intimé;

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| La greffière: | La Présidente : |
|---|---|
| Nancy BISIN | Maya CRAMER |

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