REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1852/2007 **ATAS/1397/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 4 décembre 2007

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître FAIVRE Jean-Marie	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur Z_____, 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. Il a déposé une demande de prestations AI le 8 janvier 1996, 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'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), 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, ces diagnostics rhumatologiques ne justifient pas d'incapacité de travail dans sa dernière activité 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, celle-ci 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 diminuait 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 semble que toute activité de type entretien, pour autant qu'il n'ait pas à porter de lourdes charges, ou de magasinier, pourrait lui convenir. Il se dit prêt à essayer d'autres activités que celles qu'il a déjà exercées. Selon le médecin, il serait ainsi indiqué de faire un bilan de ses possibilités. Le pronostic est réservé et fonction aussi de la durée de l'inactivité de l'assuré. Celle-ci risque si elle se prolonge trop de provoquer un repli sur soi de plus en plus important dont il lui sera difficile de sortir. Cependant son désir de retrouver un statut socioprofessionnel et son âge sont des facteurs favorables.

5. L'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 1995, par décision du 24 avril 2001.

6. Par courrier du 13 octobre 2003, le Dr C_____ a formellement signalé à l'OCAI une "nette péjoration" de l'état de santé de son patient depuis mars 2003 et demandé la révision de son dossier.

7. Un examen psychiatrique a été réalisé par la Dresse D_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) le 20 février 2004. 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 de limitation fonctionnelle psychiatrique. Elle n'a dès lors pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. Selon elle, l'état dépressif réactionnel retenu par la Dresse B_____, dans son expertise psychiatrique du 18 août 2000, est en rémission complète. Elle en conclut que sur le plan psychiatrique, il y a eu, non pas aggravation de l'état de santé, mais plutôt nette amélioration. Elle précise enfin que, bien qu'ayant retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, elle considère que ce diagnostic est un peu abusif, vu l'absence de sentiment évident de détresse et qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, quoi qu'il en soit, on peut attendre de l'assuré qu'il mobilise ses ressources pour reprendre une activité professionnelle à 100%.

8. La division de réadaptation professionnelle de l'AI 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 AI n'a dès lors plus de raison d'être.

9. Par décision du 22 avril 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demi-rente était supprimée.

10. L'assuré a formé opposition, par acte du 20 mai 2005, complété les 9 juin et 25 juillet 2005. Il produit un rapport du Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie 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 E_____ a contesté l'appréciation de la Dresse D_____. 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 mai 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 a été considéré comme calme, collaborant avec une thymie triste, anxieux, trouble de la concentration, pas de perte de mémoire, anhédonie, asthénie, pas de perte de l'élan vital, pas de sentiment du culpabilité, 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 exérèse 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 et dire notamment s'il est raisonnablement possible d'attendre de lui qu'il reprenne 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.

11. Par décision du 11 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il considère que le rapport du médecin du SMR daté du 20 février 2004 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, que selon les conclusions de ce rapport, l'assuré souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique et présente une capacité de travail exigible de 100%, quelle que soit l'activité envisagée. Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont la présence permet d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne sont, selon l'OCAI, manifestement pas remplis. Aussi celui-ci conclut-il que le droit à la demi-rente a été accordé à tort suite à un état dépressif réactionnel diagnostiqué en août 2000. Il observe ainsi que pour ce motif une reconsidération de la décision initiale eut été possible. Il relève enfin que la suppression de la rente est 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.

12. L'assuré, représenté par Maître Jean-Marie FAIVRE, a interjeté recours le 14 novembre 2005 contre ladite décision. Il joint à son courrier :

    - un rapport du Dr F_____ adressé au Dr C_____ le 29 août 2005, selon lequel le patient présente 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 est par ailleurs normale.

- un certificat du Dr E_____ daté du 4 novembre 2005, selon lequel l'état dépressif reste toujours d'intensité sévère en phase d'aggravation d'autant plus que le problème proctologique ne s'améliore pas et nécessitera prochainement une troisième opération.

L'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il reproche à l'OCAI de s'être uniquement fondé sur l'appréciation des médecins du SMR, à l'exclusion des autres rapports médicaux qui, pourtant, confirment à l'évidence l'existence d'une dépression en lente aggravation progressive. Il ne comprend pas pour quelle raison les constatations de la Dresse B_____ ne seraient plus d'actualité, celle-ci ayant mis en évidence un fonctionnement marqué par des aspects dépressifs importants. L'OCAI par ailleurs n'a aucunement pris en compte les douleurs anales dont il souffre depuis l'été 2004 et pour lesquelles il a subi deux interventions. Il rappelle enfin que les médecins ont unanimement relevé sa volonté de reprendre une activité lucrative. Il souligne à cet égard qu'il ne travaille pas depuis près de dix ans et que, compte tenu de ses problèmes de santé, il n'aura 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'AI. Aussi lui dénier toute mesure de reclassement professionnel est-il un non-sens puisque la mesure de l'invalidité économique ne pourra être établie de façon sûre qu'après investigation quant à sa capacité résiduelle de travail.

13. Par arrêt incident du 19 janvier 2006, interprété le 20 février 2006, la 3ème chambre du 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 font en revanche guère de doute s'agissant du maintien d'une demi-rente, dans la mesure où l'OCAI ne s'est basé, pour supprimer cette dernière que sur l'avis isolé de la Dress D_____, lequel est non seulement remis en question par les Drs C_____ et E_____, mais également par les constatations de la clinique de Montana."

14. L'OCAI, 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.

15. 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, tout en accordant des dépens à l'assuré à hauteur de 1'500 fr.

16. L'OCAI 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, que le Dr E_____ évoquait des idées suicidaires qui n'apparaissaient pas dans les documents précédents. Alors que le Dr E_____ 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 a eu aggravation, celle-ci ne pouvait être survenue que postérieurement à février 2004, raison pour laquelle il a proposé un nouvel examen psychiatrique.

17. Un second examen psychiatrique au SMR a dès lors été réalisé le 3 mai 2006, à nouveau pratiqué par la Dresse D_____. 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, son avis est que la capacité de travail de l'assuré reste 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.

18. Dans un rapport du 19 avril 2006, la Dresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, 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 est inchangé, à l'exception de deux faits: l'abduction, les rotations et la rotation externe en abduction sont particulièrement algiques à l'épaule droite dont la face antérieure de la gléno-humérale et la région sous-acromiale sont algiques à la palpation, ainsi que des nodules d'Heberden sont palpables aux 5ème doigts des deux mains.

19. L'assuré a à nouveau été admis au CTB du 5 mai au 29 juin 2006, pour "état dépressif avec idéations suicidaires". A la sortie, il est noté que le patient est calme, collaborant, orienté dans le temps et dans l'espace, au discours fluide et cohérent, que la thymie reste triste, mais qu'il n'y a pas d'autres symptômes de la lignée dépressive, qu'il n'y a pas non plus de symptômes de la lignée psychotique.

20. L'OCAI, constatant qu'à l'issue de son examen, la Dresse D_____ avait maintenu sa position précédente, a communiqué à l'assuré un projet de décision le 10 juillet 2006, selon lequel sa demi-rente serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

21. Le Dr E_____ a pris connaissance du projet de décision de l'OCAI.

    Il a relevé, le 1er septembre 2006, qu'il existait trop de divergences entre les rapports établis par le Service médical régional AI (ci-après SMR) d'une part et le CTB / Montana d'autre part. Il découle selon lui, des conclusions du CTB et des médecins de Montana, que les critères sont réunis pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère. Il s'agit bel et 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 soutient l'OCAI, 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, il constate de nombres 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 considère que l'interprétation de la situation psychosociale faite par les médecins du SMR ne correspond pas à la réalité de la vie quotidienne du patient. Au contraire, la description de sa vie quotidienne illustre précisément une perturbation grave de l'environnement psychosocial, ce qui a 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 est confirmée dans le rapport du CTB du 29 juin 2006, alors qu'elle est niée par le médecin du SMR seulement deux jours plus tard.

Le médecin du SMR constate qu'une amélioration est notée à la sortie de la Clinique de Montana mais en oublie 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 ont permis d'améliorer sa thymie en fin de séjour" (cf. rapport Montana du 9 juin 2005). Le Dr E_____ signale du reste que cette amélioration passagère ne s'est 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 a procédé deux jours plus tard retient un diagnostic d'épisode actuel moyen, mais sous traitement antidépresseurs et neuroleptiques.

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

22. L'assuré a contesté le 12 septembre 2006 le projet de décision du 10 juillet 2006. Il rappelle que dans son arrêt du 19 janvier 2006, interprété le 20 février 2006, le Tribunal de céans a 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 laisse en revanche guère de doute s'agissant du maintien d'une demi-rente, dans le mesure où l'OCAI ne s'est basé pour supprimer cette dernière que sur l'avis isolé de la Dresse D_____, lequel avis est non seulement remis en question par les Drs C_____ et E_____, mais également par les constatations des médecins de la Clinique de Montana. L'assuré critique également l'approche de l'OCAI en tant qu'elle limite sa problématique de santé à la seule question psychiatrique.

23. Une IRM lombaire a été pratiquée le 22 septembre 2006 par le Dr H_____ 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 refoule et comprime vraisemblablement le ganglion sensitif de la racine L4 dans le même foramen intervertébral.

24. Dans une note du 20 octobre 2006, le Dr I_____ 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.

25. Par décision du 21 mars 2007, l'OCAI 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'OCAI relève que l'état de santé de l'assuré est sujet à des fluctuations importantes à la faveur d'évènements extérieurs telle qu'une intervention chirurgicale, que la brièveté de la décompensation ne peut pas justifier d'incapacité de travail de longue durée, que ce caractère réactionnel a par ailleurs été évoqué dans l'avis du SMR du 15 mai 2006 où il est question d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle.

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

    La Dresse G_____ confirme le 19 avril 2006 la présence d'une fibromyalgie avec un examen clinique inchangé.

    Constatant que le Dr E_____ met en doute la validité du diagnostic posé par la Dresse D_____, l'OCAI rappelle la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant de la valeur de l'avis des médecins traitants et relève que la Dresse D_____ a une grande habitude des expertises assécurologiques.

26. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 10 mai 2007 contre ladite décision. Il fait valoir en substance les mêmes arguments que dans son opposition et requiert préalablement la restitution de l'effet suspensif à son recours.

27. Par arrêt incident du 29 mai 2007, le Tribunal de céans a rejeté sa demande.

28. Dans sa réponse au fond du 11 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

29. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 21 mars 2007 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de l'OCAI de procéder à la suppression de la demi-rente octroyée à l'assuré par décision du 24 avril 2001.

5. 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).

6. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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

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

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 Tribunal fédéral des assurances, 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).

7. Depuis l'entrée en vigueur de la LPGA, la révision et la reconsidération d'une décision sont prévues à l'article 53. L'alinéa un prévoit la révision d'une décision lorsque l'assureur ou l'assuré découvre des faits nouveaux importants, tandis que l'alinéa deux porte sur la reconsidération et mentionne ce qui suit : «l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable».

   À noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de révision et de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

   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). Il n'y a toutefois pas matière à révision - ni à reconsidération - 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Enfin, il convient de préciser que 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).

8. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   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 (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

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. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

9. En l'espèce, l'OCAI allègue que la suppression de la rente est tout autant le résultat de la révision d'office prévue pour le 30 octobre 2003 que celui de la demande de révision déposée par l'assuré.

10. L'OCAI, se fondant essentiellement sur les rapports de la Dresse D_____, considère que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. La Dresse D_____ dit en effet avoir constaté en février 2004 que l'état dépressif réactionnel diagnostiqué

par la Dresse B_____ en août 2000 est en rémission complète. Lors de son second examen, en mai 2006, elle indique que le status psychiatrique est pratiquement superposable à celui de 2004. Selon elle, la capacité de travail est de 100%, à l'exception de la période courant du 6 mai au 3 juin 2005, soit de la prise en charge par le CTB à la sortie de Montana.

L'assuré quant à lui soutient au contraire que son état de santé s'est aggravé. Il produit pour preuve les rapports de ses médecins traitants, du CTB et des médecins de la clinique de Montana.

11. Il s'agit préalablement de déterminer si les rapports de la Dresse D_____ ont ou non valeur probante.

12. A cet égard, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle n'a été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR ce, par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale, qu'à partir du 24 novembre 2006.

    Force est ainsi de constater que la Dresse D_____ n'était pas habilitée à signer les rapports du SMR de février 2004 et mai 2006 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR**.**

    Le TFA a eu l'occasion de traiter un cas où un rapport avait été rendu par ce même médecin. Il a constaté que celui-ci "s'était prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal (voir art. 83 LSP) - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal et a considéré qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration." (ATF du 31 août 2007, cause I 65/07)

    Dès lors, on ne saurait accorder une pleine valeur probante aux appréciations médicales de février 2004 et mai 2006 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assuré.

13. Le Tribunal de céans constate que seule la Dresse D_____ considère que l'état dépressif diagnostiqué par la Dresse B_____ en 2000, lors de la décision initiale de rente, est en voie de rémission. Il y a ainsi lieu de conclure qu'il n'y a pas matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA, l'amélioration de l'état de santé au moment de la décision litigieuse n'étant pas avérée. L'octroi de la demi-rente d'invalidité ne peut être que confirmé.

14. Le Dr C_____ a déposé pour l'assuré le 13 octobre 2003 une demande de révision du dossier, alléguant une péjoration de l'état de santé. Le Dr E_____ fait état, dans son rapport du 10 mai 2005, d'une aggravation de l'état psychique de son patient depuis février 2004, suite à un important facteur de stress, soit des douleurs rectales sur fissures, ayant du reste nécessité des interventions chirurgicales en janvier et avril 2005. Une troisième serait même envisagée (cf certificat du 4 novembre 2005). Il a ainsi posé le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec apparition d'idées noires, voire suicidaires. Il a confirmé ce diagnostic le 4 novembre 2005, puis le 1er septembre 2006.

    Les médecins du CTB, centre auprès duquel l'assuré a séjourné du 6 au 20 mai 2005, et du 5 mai au 29 juin 2006, ont également retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils évoquent en juin 2006 la présence d'idées suicidaires.

15. Certes l'état de santé de l'assuré paraît-il sujet à des fluctuations en réaction à des évènements extérieurs, ainsi que le relève l'OCAI dans sa décision du 21 mars 2007, il n'en est pas moins vrai que l'épisode sévère, diagnostiqué tant par le médecin traitant que par les médecins du CTB et ceux de la clinique de Montana, n'a pas seulement duré du 6 mai au 3 juin 2005, période durant laquelle l'OCAI admet une incapacité entière de travail, mais depuis février 2004 déjà, si l'on se réfère aux constatations du Dr E_____.

16. On ne saurait dès lors exclure d'emblée l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave.

    Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

17. Il se justifie en l'espèce, le dossier n'étant à cet égard pas en état d'être jugé, de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée, et plus particulièrement pour expertise psychiatrique, puis nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 21 mars 2007.

3. Confirme en tant que de besoin l'octroi de la demi-rente d'invalidité.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée et pour nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Met un émolument de 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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