REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1909/2007 **ATAS/1309/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 novembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	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 G_____ (ci-après : l'assuré) ressortissant espagnol, né le 19 janvier 1952, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1980. Il a exercé l'activité de chauffeur-livreur puis celle de nettoyeur.

2. Dès octobre 1990, l'assuré a été en incapacité de travail.

3. Le 25 septembre 1992, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI).

4. Dans un rapport du 10 mars 1993, la Dresse A_____, médecin traitant et spécialiste en neurologie et neurochirurgie, a posé les diagnostics de status après traumatisme crânien avec commotion cérébrale (ci-après: TCC) et fracture pariéto-temporale gauche, suivie d'une paralysie faciale transitoire gauche ainsi que des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques. Elle a expliqué qu'en 1984, l'assuré avait été victime d'un accident du travail avec commotion cérébrale. Depuis trois ans, des algies cervicale et dorsale au travail et à la flexion du tronc en avant, avec fatigabilité, céphalées chaleur, cervicobrachialgies gauches et vertiges épisodiques étaient apparus progressivement. Ne pouvant plus effectuer la profession lourde de nettoyeur, l'assuré devait être recyclé.

5. Du 10 janvier au 4 février 1994, l'assuré a été soumis à une observation professionnelle. Il résulte de la synthèse du rapport COPAI daté du 24 février 1994, que l'assuré ne pouvait plus travailler dans le circuit économique normal, en raison notamment d'une aggravation progressive de ses symptômes physiques et des séquelles du traumatisme crânien cérébral de 1984. À ce rapport était joint l'avis du Dr B_____, daté du 18 février 1994, faisant état chez l'assuré d'une aggravation progressive des symptômes physiques depuis 1992, avec exacerbation des cervicalgies, des céphalées et des troubles de la concentration. Il semblait que les séquelles du TCC de 1984, associées à des troubles dégénératifs, jouaient un rôle primordial dans la pathologie constatée, mais étaient largement amplifiées par un état hypocondriaque marqué. Objectivement, il existait une raideur marquée et douloureuse de tout le rachis, avec une baisse de force nette du membre supérieur gauche. Dans ces conditions, toute démarche professionnelle était vouée à l'échec et le pronostic lui paraissait tout à fait sombre.

6. En date du 11 novembre 1994, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et en médecine du travail, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OCAI. Il en résulte que l'assuré avait cessé son travail de nettoyeur en raison de douleurs et troubles multiples pour lesquelles l'expert ne trouvait que des causes objectives de gravité très modeste, à savoir de discrets troubles statiques et d'arthrose de la colonne avec signe d'un ancien Scheuermann et un début de syndrome du tunnel carpien à la main gauche, mais rien qui puisse expliquer les

vertiges et les céphalées de l'assuré déclarait ressentir depuis le TTC. Un examen par résonance magnétique (ci-après: I.R.M.) de la colonne cervicale avaient été fait en juin 1992, lequel n'avait montré qu'une discrète discarthrose C5-C6 et C6-C7 sans hernie ou protrusion discale. Par contre, l'assuré paraissait sans cesse assez anxieux et dépressif et, selon toute probabilité, il s'agissait de la cause essentielle de l'échec de l'observation professionnelle effectuée auprès du COPAI. L'assuré paraissait parfaitement capable d'assumer de façon régulière à plein temps une activité de nettoyage, telle que celle effectuée avant de s'arrêter de travailler. Il pensait que ce travail n'était nullement nuisible à son état de santé, y compris sur le plan psychique. L'expert estimait l'invalidité de l'assuré à 40 %.

7. Dans un rapport du 29 avril 1997, la Dresse A_____ a confirmé les diagnostics posés en 1994 et maintenu son appréciation quant à la capacité de travail de l'assuré.

8. Le 16 mai 1997, le Dr D_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après S.M.R.), a expliqué que l'assuré avait subi un TCC important, cependant il semblait qu'à ce niveau l'évolution avait été favorable, hormis la persistance de céphalées. L'échec du stage d'observation avait été mis sur le compte d'un état "anxieux et dépressif". Ces troubles pouvaient évoluer favorablement avec une prise en charge adéquate. Localement, la mobilité de la colonne cervicale paraissait ne pas avoir évolué depuis 1994. Il y avait également eu l'apparition de troubles sensitifs du membre supérieur gauche. Le médecin traitant considérait la capacité de travail dans le métier de nettoyeur comme nulle, alors que l'expert admettait un rendement de 60 %. Le médecin traitant avait confirmé en 1997 que l'assuré était apte à travailler dans un métier plus léger, alors que l'assuré se considérait comme totalement inapte dans toute activité. Selon le Dr D_____, une sollicitation excessive de la colonne vertébrale n'était pas souhaitable. Les lésions radiologiques étaient décrites comme modestes et ne paraissaient pas expliquer en totalité la symptomatologie. À son sens, l'assuré présentait essentiellement des limitations de la mobilité de la colonne cervicale, ce qui lui permettait cependant d'exercer au moins à mi-temps une activité de type conciergerie (qui s'apparente à celle de nettoyeur, donc sans formation préalable) mais dans laquelle il est plus facile d'adapter son rythme de travail. Ce type d'activité pouvait correspondre à la proposition du médecin traitant lorsque ce dernier parlait d'activités « légères ».

9. Un projet de décision, contesté par l'assuré, a été rendu le 3 avril 1998 par l'OCAI, reconnaissant l'assuré invalide à 55% dès octobre 1991, compte tenu d'un salaire avec invalidité de 28'250 fr. par année à 50% en tant que concierge, et d'un salaire sans invalidité de 66'000 fr.

10. Dans un rapport du 22 juillet 1999, la Dresse A_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. S'agissant de la capacité de travail dans la

profession habituelle, il lui était impossible de fournir des indications sûres, et elle estimait indiqué qu'un examen médical complémentaire sur ce point soit effectué. Selon elle, l'assuré devait être recyclé dans une profession légère, qu'il exercerait à 50%.

11. Dans une note du 17 août 1999, l'OCAI a indiqué que compte tenu des limitations évoquées par le médecin traitant, il était difficile d'imaginer des activités raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Des activités sérielles dans l'industrie des machines ne paraissaient pas réalistes dès lors que l'assuré était limité dans l'utilisation du membre supérieur gauche et ne pouvait effectuer de mouvements répétitifs. Il convenait plutôt de se baser sur l'évaluation dans une activité industrielle à 100%, mais en atelier protégé où les exigences étaient moindres et tenaient compte des limitations. Dans ce type de poste, l'assuré pouvait espérer gagner 10 fr. de l'heure, soit 1600 fr. par mois ou environ 20'000 fr. par an. Ce salaire correspondait d'ailleurs à celui dans un poste dans l'industrie à 50% (40'900 en 1999 à plein temps selon la convention avec l'UIG). Compte tenu d'un salaire sans invalidité de 66'000 fr., le degré d'invalidité s'élevait donc à 69,7%.

12. Par décision du 6 octobre 2000, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente dès le 5 octobre 1991 (taux d'invalidité de 50%) et une rente entière dès le 1er février 1993 (taux d'invalidité de 70%).

13. En juillet 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente de l'assuré.

14. Le 30 août 2004, l'assuré a indiqué à l'OCAI que son état de santé était toujours le même et qu'il était salarié à temps partiel auprès de X_____ S.A.

15. Le 8 septembre 2004, X_____ S.A. a informé l'OCAI que l'assuré travaillait environ 10 heures par semaine depuis le 1er novembre 1998 pour un salaire de 756 fr. par mois.

16. En date du 24 novembre 2004, la Dresse A_____ a déclaré que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, avec des aggravations épisodiques. Il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics.

17. Le 1er avril 2005, à la demande de l'OCAI, la Dresse A_____ a précisé qu'aucun élément psychiatrique n'avait été décelé chez l'assuré.

18. Dans une note du 9 mai 2005, le Dr D_____ a indiqué que lors de la décision initiale, l'assuré présentait une atteinte du rachis ainsi qu'un état anxio-dépressif justifiant un travail en atelier protégé. Selon le médecin traitant, l'assuré ne présentait maintenant plus de problèmes psychiques. Il se demandait dès lors si le travail à 25% en tant que concierge était le maximum exigible. Une expertise

auprès de la clinique de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) était préconisée.

19. En date du 5 juillet 2005, l'assuré a été examiné par les Drs E_____, F_____ et H_____, médecins auprès du service de rhumatologie des HUG. Il ressort de leur rapport d'expertise daté du 12 juillet 2005 que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique post-traumatique depuis 1984 ainsi que de probables troubles anxio-dépressifs. Il souffrait également d'une hernie hiatale laquelle n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail. Selon les experts, depuis l'accident de 1984, l'assuré se plaignait de douleurs cervicales et lombaires accompagnées de céphalées, de vertiges et de troubles de la concentration. Subjectivement, malgré plusieurs essais médicamenteux et une prise en charge en physiothérapie, la situation semblait s'aggraver. L'examen ostéo-articulaire était marqué par une kinésiophobie majeure. Après 20 ans, il leur semblait illusoire qu'un traitement médicamenteux ou une prise en charge en physiothérapie ou en ergothérapie puissent améliorer la capacité de travail de l'assuré. Par ailleurs, tout au long de l'entretien, les experts avaient été frappés par la répétition d'éléments pouvant entrer dans le cadre d'un état dépressif (troubles de la concentration, fatigue, troubles du sommeil, inappétence, perte pondérale, tristesse, idées noires, « envie de rien ») accompagnés d'éléments de la lignée anxieuse (peur de mourir, accès d'angoisse qui s'accompagnent de sudation et l'obligent parfois à quitter précipitamment une pièce). Il était bien connu que la perception subjective des douleurs était fortement influencée par la thymie. Dans ce contexte, une évaluation psychiatrique paraissait essentielle aux yeux des experts. Les limitations en relation avec les troubles constatés étaient sur le plan physique: une incapacité totale de travailler dans un métier impliquant une contrainte physique lourde. La capacité résiduelle était estimée à 25 % dans un travail léger permettant souvent de changer de position et ne nécessitant pas de concentration importante excédent une heure, telle que l'activité de concierge exercée jusqu'alors par l'assuré. La limitation de la capacité de travail était due aux douleurs constantes et aux vertiges. Les limitations au plan psychique et mental étaient à évaluer par un psychiatre. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable. Un travail contraignant au niveau ostéo-articulaire était contre-indiqué par le syndrome douloureux chronique. L'activité devait être effectuée au maximum pendant deux heures par jour avec la possibilité de prendre une pause. Le travail en tant que concierge à 25% était le maximum exigible dans le contexte médical actuel et il semblait illusoire d'obtenir une capacité de travail supérieure, même dans un travail physiquement plus léger.

20. Dans une note du 6 septembre 2005, le Dr D_____ a expliqué que les experts avaient constaté quelques limitations objectives au niveau du rachis, mais la plupart relevaient de la subjectivité (douleurs). Aucun diagnostic somatique pouvant justifier une incapacité de travail durable n'était retenu par les experts. Pour justifier la faible capacité de travail résiduelle, les experts retenaient surtout les

éléments non somatiques. Par conséquent, la validité de l'expertise devait être mise en doute. Il convenait de poser des questions complémentaires aux experts avant de requérir une expertise psychiatrique.

21. Par pli du 25 octobre 2005, les experts ont répondu aux questions posées par le Dr D_____ en date des 7 septembre et 18 octobre 2005. Ils ont expliqué qu'il existait une bonne concordance entre les plaintes décrites, le handicap fonctionnel qui en résultait et l'examen clinique effectué le 5 juillet 2005. L'assuré présentait une kinésiophobie ainsi que des signes de non organicité marqués. A ce sujet, les experts rappelaient au Dr D_____, que selon la littérature, ces signes n'étaient pas le reflet d'une tentative du sujet de mystifier l'examinateur, mais bien le reflet d'un processus pathologique bien identifié qui se produit tout autant chez des patients n'ayant aucune prétention assécurologique. Ces signes étaient objectifs et ne devaient en aucun cas être interprétés comme le reflet d'une douleur non réelle, d'une douleur purement psychologique ou d'une simulation. La mauvaise reproductibilité de l'examen clinique neurologique de l'hémicorps gauche était fréquent en cas de douleurs. Le Dr D_____ insistait beaucoup dans ces courriers pour séparer le « somatique seul ». Les experts ont indiqué que la littérature avait amplement démontré ces dernières années qu'une telle approche des rachialgies chroniques, issue d'un modèle biophysique ne permettait pas une juste appréciation de la situation et qu'une approche bio-psycho-sociale était impérative. Dans le cas précis, la douleur était le symptôme cardinal et l'examen clinique pratiqué le 5 juillet 2005 avait permis de relever l'important handicap physique qui en résultait. Selon cette observation, une activité professionnelle supérieure à deux heures par jour ne semblait pas exigible même dans un poste adapté. Les experts profitaient de l'occasion pour souligner un élément de leur rapport, à savoir la présence de vertiges et d'instabilité à la marche en augmentation depuis un an, chez un assuré ayant des antécédents de fracture pariéto-temporale avec commotion cérébrale et cinq jours de coma. Bien que ces symptômes participaient probablement au handicap fonctionnel social et professionnel, les experts ne se sentaient pas en mesure de se prononcer plus avant sur leur origine.

22. Dans une note du 14 novembre 2005, le Dr D_____ a estimé qu'il n'y avait pas de troubles physiques objectifs et importants mis en évidence pour justifier une quelconque incapacité de travail, en particulier dans un poste léger physiquement. Les experts faisaient appel à des notions psychologiques pour expliquer le handicap fonctionnel, en particulier la kinésiophobie. Ce terme ne figurait pas dans les traités de psychiatrie. Il convenait donc de requérir une expertise psychiatrique afin de déterminer en particulier si la kinésiophobie était en l'occurrence une maladie.

23. Le 5 avril 2006, l'assuré, représenté par Me Manuel MOURO, a transmis à l'OCAI trois rapports médicaux, attestant selon lui, que les douleurs étaient objectivables et qu'elles ne relevaient pas de la kinésiophobie à laquelle se référait le Dr D_____, soit:

- En date du 11 janvier 2006, une I.R.M. cervicale ainsi qu'une radiographie du poignet gauche et des mains de l'assuré ont été effectuées par le Dr I_____. Il résulte notamment des rapports datés du 12 janvier 2006 que l'assuré présentait une cervicuncarthrose sévère C5-C6, C6-C7 associée à des rétrécissements du trou de conjugaison, une protrusion discale ostéophytaire paramédiane droite en C5-C6 et C6-C7 mais sans conflit radiculaire, une dépression des plateaux vertébraux en C7 et D1-D2 traduisant d'anciens tassements, un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène, des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité droite et une diminution de la lordose physiologique.

- Le 13 janvier 2006, un examen neurologique a été effectué par le Dr J_____. Il résulte de son rapport daté du 16 janvier 2006, que l'assuré présentait au status une nette diminution des mouvements de rotation de la colonne cervicale vers la gauche, des réflexes tendineux des membres supérieurs faibles et symétriques, une trophicité symétrique des membres supérieurs et une hypoesthésie mal systématisée au membre supérieur gauche. L'examen réalisé au membre supérieur gauche n'a mis en évidence aucun signe positif d'atteinte neurogène. L'assuré souffrait par ailleurs d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'expression essentiellement myélinique, sans dénervation thénarienne et relevant d'un traitement conservateur.

- Dans un rapport daté du 27 février 2006, la Dresse A_____ a rappelé les constatations faites lors de ces examens spécialisés et relevé qu'au point de vue psychique, l'assuré ne paraissait pas présenter de trouble psychiatrique.

24. En date du 18 avril 2006, le Dr K_____, spécialiste en psychiatrie, mandaté par l'OCAI, a rendu son rapport. L'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4) ainsi qu'une longue phase d'incapacité de travail (Z56) et une situation familiale atypique (Z60.1). La lecture du dossier et en particulier celle des nouveaux rapports radiologiques semblait indiquer qu'il existait un noyau organique pouvant en partie expliquer les douleurs. Les experts auprès des HUG avaient soupçonné en outre la présence de problèmes d'ordre psychique. Ce point de vue était en partie correct. On pouvait en effet mettre en évidence chez l'assuré la symptomatique que la CIM-10 classe sous troubles somatoformes de la douleur. Les personnes atteintes sont fixées sur les douleurs; elles cultivent des angoisses hypocondriaques et présentent un étalement des douleurs. En l'occurrence, la vie de l'assuré était conditionnée de façon quasiment grotesque par les douleurs. En revanche, il n'existait pas d'état dépressif, pas de troubles de la concentration, pas d'influences négatives sur la mémoire, la fatigabilité renvoyait aux troubles du sommeil, la perte de poids avait pu être stoppée et une tristesse profonde, respectivement des pulsions suicidaires n'avaient pas été démontrées. S'agissant des angoisses liées à la mobilité, on pouvait admettre qu'il s'agissait d'une anxiété réaliste: à plusieurs reprises, l'assuré avait pu faire l'expérience d'une chute causée par les vertiges. Le syndrome douloureux

somatoforme persistant ne constituait pas encore une raison pour admettre une limitation définitive de la capacité de travail. À ce sujet, le Prof. L_____ avait formulé les critères permettant de savoir dans quelle mesure une personne est capable de surmonter ses douleurs. En l'occurrence, l'assuré présentait plusieurs caractéristiques parlant pour une bonne capacité à surmonter la douleur: il n'existait pas de structure de la personnalité pré-morbide particulière; il n'existait pas de comorbidité psychiatrique déterminante, ni de maladie physique ajoutée (à part l'arthrose) ; l'intégration sociale n'était pas perdue et l'assuré s'installait dans une maladie secondaire « profitable ». Il existait en outre des facteurs étrangers à la maladie qui empêchaient l'exercice d'une activité professionnelle : une situation familiale atypique, une très longue phase d'incapacité de travail, une absence de motivation quant à une reprise de prestations professionnelles, un bénéfice dans la maladie ainsi qu'un désir de retour en Espagne. Ainsi, au plan psychiatrique, il n'existait aucune limitation à l'exercice de l'activité habituelle. L'assuré pouvait exercer tous les travaux auxiliaires. D'autre part, il n'était pas très indiqué, vu les phénomènes de vertiges de le faire monter sur des échafaudages.

25. Dans un avis du 19 juin 2006, le Dr D_____ a relevé que le trouble somatoforme n'a pas de valeur de maladie pour l'AI. De plus, l'expert ne justifiait pas de diminution de la capacité travail. Sur le plan somatique, l'assuré se plaignait de céphalées et de vertiges, il fallait donc éviter le travail en hauteur. Sinon, il ne présentait pas de limitation à exercer le travail de concierge à plein temps (légère diminution de rendement dans ce cas, au plus de 10 %, à cause de l'usage occasionnel d'échelles) ou dans une autre activité. Ceci était valable au moins depuis juillet 2005, soit à la date de l'expertise somatique, et probablement déjà avant, mais la date était impossible à déterminer.

26. Dans une note du 14 juillet 2006, l'OCAI a relevé que dans son projet de décision initiale une invalidité de 55 % avait été envisagée. Pour des raisons obscures, suite à l'audition de l'assuré, une invalidité de 70% avait été retenue au motif qu'il ne pouvait travailler que dans un milieu protégé. Dans le cadre de la présente procédure de révision, les expertises rhumatologique et psychiatrique faisaient état d'un trouble somatoforme douloureux sans atteinte psychiatrique. Compte tenu de ce diagnostic, le SMR avait conclu à une capacité de travail entière avec une légère diminution de rendement. La décision initiale était manifestement erronée du fait que la comparaison des gains ne reflétait pas la capacité de gain exigible sur un marché de travail équilibré telle qu'elle ressortait de l'ensemble des pièces médicales recueillies. En outre, l'assuré travaillait depuis 1998 une dizaine d'heures par semaine en tant que concierge dans l'immeuble qu'il habitait. Cette circonstance économique infirmait l'avis du réadaptateur qui avait établi la comparaison des gains initiale. Une reconsidération s'imposait. Compte tenu de l'ensemble des pièces médicales, l'assuré était capable de travailler entre 50 et 100% en tant que concierge. Il convenait par conséquent d'effectuer une comparaison des gains qui tienne compte de cette exigibilité.

27. En date du 11 septembre 2006, l'assuré a été reçu par l'OCAI pour un bilan de sa situation. L'assuré s'est dit convaincu de son inaptitude à l'emploi et ne pas être intéressé par une observation professionnelle. De l'avis de l'OCAI, des mesures professionnelles étaient probablement vouées à l'échec. En comparant en 2005, le revenu annuel que l'assuré aurait obtenu dans son activité habituelle (70'202 fr.) au revenu moyen pour des activités simples et répétitives effectuées à 100% (46'201 fr.), et ce compte tenu d'une réduction de 20% vu les limitations, les années d'inactivité et du fait que seule une activité légère était possible, il en résultait une perte de gain de 24'001 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 34.2%. Vu l'intervention chirurgicale annoncée par l'assuré, un complément d'instruction au plan médical devait néanmoins être effectué.

28. Le 27 octobre 2006, la Dresse A_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Il n'y avait pas d'amélioration du status. Il s'agissait d'un état variable avec aggravations épisodiques. L'intervention chirurgicale portant sur la hernie hiatale avait été reportée au 1er novembre 2006 en raison de problèmes cardiaques et circulatoires. La force de la main gauche était très diminuée et était le siège de paresthésies.

29. Le 17 novembre 2006, le Dr M_____, cardiologue, a effectué une échocardiographie qui s'est révélée normale.

30. Les 18 et 21 décembre 2006, les Drs J_____ et N_____ ont informé l'OCAI n'avoir vu l'assuré qu'une seule fois, et ce respectivement en date des 13 janvier et 21 novembre 2006.

31. Le 7 février 2007, le Dr D_____ a expliqué que la présence de paresthésies au niveau des mains n'était pas en soi d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail durable. Si la situation devait s'aggraver, alors une opération serait nécessaire avec une convalescence de quelques semaines. Il n'y avait pas de troubles cardiaques mis en évidence. La hernie hiatale avait été opérée et ce trouble ne représentait pas une cause d'incapacité de travail. Il restait par conséquent le syndrome douloureux et l'atteinte au rachis, lesquels avaient été complètement évalués par deux expertises et dont il n'y avait aucune raison de modifier les conclusions, à savoir une capacité de travail entière dans un poste léger.

32. En date du 9 février 2007, l'OCAI a informé l'assuré de son projet de suppression de la rente d'invalidité. Suite aux deux expertises, le SMR avait estimé qu'il pouvait occuper à 100% un poste dans l'industrie légère, dans le nettoyage de bureau, et sans diminution de rendement. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était de 34%.

33. Par courrier du 12 mars 2007, l'assuré a contesté la suppression de la rente et conclu au maintien de la rente entière. Il a notamment indiqué qu'il devait subir une I.R.M. le lendemain.

34. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un rapport daté du 26 janvier 2007 établi par la Dresse A_____. Cette praticienne a rappelé que l'assuré souffrait surtout de cervico-dorsalgies chroniques. Les lésions de la colonne cervicale s'étaient aggravées par rapport à 1990: l'I.R.M. de 2006 montrait une cervicuncarthrose sévère C5-C6 et C6-C7, alors qu'en 1990 il n'était constaté radiologiquement qu'un pincement électif modéré des disques C5-C6 avec uncarthrose au niveau de C6 avec un canal rachidien large et régulier ainsi qu'une légère scoliose cervico-dorsale gauche et une lordose enraidie sur le segment moyen. L'assuré présentait également une maladie de Scheuermann (scanner thoracique de 2005). D'autre part, il existait une limitation de la mobilité de l'épaule gauche en relation avec un conflit sous-acromial et une tendino-bursite chronique de l'épaule gauche (échographie de mars 2000, Dr GAUTARD). En 2000, il y avait eu mise en évidence radiologique d'un pincement des compartiments internes des genoux avec lésion ostéochondrale compatible avec une gonarthrose. Le 14 novembre 2006, l'assuré avait été examiné sur le plan neurologique par le Dr GOUMAZ, lequel avait conclu à des séquelles traumatiques anciennes s'exprimant surtout sur le plan neurologique avec une instabilité à la station debout, contre-indiquant donc les travaux dans les hauteurs et dans des situations difficiles. Il proposait qu'un examen neuropsychologique soit effectué afin d'évaluer les troubles de la mémoire et de la concentration. Le Dr O_____, neurologue, avait quant à lui mis en évidence une limitation de la rotation et de l'inclinaison latérale de la colonne cervicale vers la gauche. Il proposait une tentative d'infiltrations locorégionales afin de diminuer la fréquence et l'intensité des céphalées.

    Pour cette praticienne, les signes clinico-radiologiques corroboraient l'anamnèse de l'assuré, lequel ne pouvait plus effectuer de travaux lourds, de ports de charges, ni avoir une position contrainte cervicale, ni une inclinaison du buste, ni même se baisser fréquemment ou effectuer des mouvements répétitifs des membres supérieurs et du dos.

35. Le 28 mars 2007, le Dr D_____ a expliqué que les appréciations du médecin traitant n'avaient pas été confirmées par les deux expertises (rhumatologique et psychiatrique). Hormis des affections qui pouvaient bénéficier de traitements (hernie hiatale, canal carpien), il n'y avait pas de faits nouveaux limitant de façon durable la capacité de travail dans un poste adapté. En 1994, il était fait mention d'une raideur marquée et douloureuse de tout le rachis. Ceci n'était plus le cas, comme l'avait démontré l'expertise rhumatologique. La Dresse A_____ avait également confirmé ce fait puisqu'elle avait indiqué dans son rapport du 26 janvier 2007 *"les latéro-flexions et torsions du tronc sont modérément limitées, Schober lombaire de 3.5 cm"*. Il y avait donc amélioration objective, ce qui permettait une réévaluation de la situation. Ainsi, dans un poste adapté (éviter le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs du rachis, le travail en hauteur), l'assuré ne présentait pas de limitations de sa capacité de travail.

Le médecin traitant énumérait du reste les mêmes limitations, sans conclure que toute activité serait impossible.

36. Par décision du 2 avril 2007, l'OCAI a confirmé son projet du 9 février 2007, en reprenant les explications précitées du Dr D_____.

37. Par courrier du 25 avril 2007 adressé à l'OCAI, l'assuré s'est dit étonné de l'empressement de l'OCAI à rendre la décision précitée alors qu'il savait que l'assuré devait subir une I.R.M. le 13 mars 2007. Selon lui, la lecture de la décision laissait entendre qu'aucun cas n'avait été fait de l'opinion de la Dresse A_____, puisque même la mention qui en était faite était singulièrement contraire au contenu de son rapport.

38. Par acte du 15 mai 2007, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, préalablement, à l'audition des experts mandatés par l'intimé et de la Dresse A_____ et, principalement, à l'annulation de la décision querellée. Il fait valoir que la suppression de rente repose sur la seule opinion du Dr D_____, laquelle serait en désaccord avec l'ensemble des médecins consultés, les experts rhumatologues et psychiatre. Le Dr D_____ avait posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux que personne d'autre n'avait diagnostiqué. Aucune des pièces versées au dossier ne démontrait une amélioration de son état de santé. Par ailleurs, contrairement à ce que prétendait l'intimé, il n'exerçait aucune activité de concierge depuis de nombreuses années, en raison précisément des maux dont il souffrait. Il était certes en charge, juridiquement, de s'occuper des travaux de conciergerie dans l'immeuble qu'il habite, mais dans les faits, c'était son colocataire qui faisait le travail. Cette activité avait du reste été considérée comme inadaptée lors de la première décision. Les conditions d'une révision n'étaient dès lors manifestement pas réunies.

39. Dans un complément daté du 18 juin 2007, le recourant fait valoir que l'expertise rhumatologique du 12 juillet 2005, laquelle a, selon lui, pleine valeur probante, a conclu que *"le travail comme concierge à 25% est le maximum exigible, dans le contexte médical actuel, il semble illusoire de retenir une capacité de travail supérieure, même dans un travail physiquement plus léger"*. Selon le recourant, l'intimé ne pouvait soutenir que l'avis non motivé du SMR et l'opinion du Dr D_____ soient de nature à remettre en question les conclusions de cette expertise.

40. Par écriture du 17 août 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il indique que lors de l'octroi initial de la rente, le recourant présentait un status après TCC avec commotion cérébrale et fracture pariéto-temporale gauche, suivis d'une paralysie faciale transitoire gauche, des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques, status après gastrite ancienne. Le Dr B_____ avait rapporté dans son avis du 18 février 1994, qu'il existait objectivement une raideur

marquée et douloureuse de tout le rachis, avec une baisse de force nette du membre supérieur gauche. Dans le cadre de la procédure de révision, les experts rhumatologiques avaient retenu comme seuls diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique post-traumatique, ainsi que de probables troubles anxio-dépressifs. L'examen avait été marqué par une kinésiophobie importante et un Waddell positif à 5/5. Le SMR avait constaté qu'aucun diagnostic somatique, pouvant justifier une incapacité de travail durable, n'avait été retenu. Objectivement, la *"raideur marquée et douloureuse de tout le rachis"* constatée en 1994 n'était plus présente. La Dresse A_____ avait également constaté dans son rapport du 26 janvier 2007, que *les "latéro-flexions et torsions du tronc sont modérément limitées, Schober lombaire de 3.5 cm".* L'expertise du Dr K_____ avait permis d'exclure une atteinte à la santé psychiatrique susceptible d'entraver la capacité de travail. L'état de santé du recourant s'était par conséquent amélioré et la capacité de travail était à nouveau totale dans une activité adaptée.

41. Par pli du 18 octobre 2007, le recourant a transmis une attestation signée le 10 octobre 2007 par M. R_____, selon laquelle celui-ci effectue le travail de conciergerie confié au recourant, et ce compte tenu de ses difficultés de santé. De l'avis du recourant, la conclusion de l'intimé selon qui, il conserverait une capacité de travail et la mettrait concrètement en œuvre, ne résistait pas à l'examen des faits.

42. Après avoir adressé une copie de cette écriture et pièce à l'intimé, le Tribunal de céans a gardé la cause 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige a pour objet la suppression de la rente d'invalidité, singulièrement le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente.

6. 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.

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

   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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

7. 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).

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).

b) 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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). Ainsi, lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. 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).

c) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

8. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 6 octobre 2000, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 2 avril 2007.

Lors de l'octroi initial de la rente, le recourant présentait un status après TCC et fracture pariéto-temporale gauche, suivie d'une paralysie faciale transitoire gauche ainsi que des dorso-lombalgies récidivantes avec cervicobrachialgies gauches chroniques, céphalées et vertiges (Dresse A_____, rapport du 10 mars 1993). Une I.R.M. de la colonne cervicale avait été faite en juin 1992, laquelle avait montré une discrète discarthrose C5-C6 et C6-C7 sans hernie ou protrusion discale (Dr C_____, rapport du 11 novembre 1994).

En 2005, le recourant continuait à se plaindre de douleurs cervicales et lombaires accompagnées de céphalées, de vertiges, de troubles de la concentration et le diagnostic de syndrome douloureux chronique post-traumatique a été posé (Drs E_____, F_____ et H_____, rapport d'expertise du 5 juillet 2005). En janvier 2006, une I.R.M. de la colonne cervicale a constaté une cervicuncarthrose sévère C5-C6, C6-C7 associée à des rétrécissements du trou de conjugaison, une protrusion discale ostéophytaire paramédiane droite en C5-C6 et C6-C7 mais sans conflit radiculaire, une dépression des plateaux vertébraux en C7 et D1-D2, des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité droite et une diminution de la lordose physiologique (Dr I_____, rapport du 12 janvier 2006). Sur le plan psychique, un syndrome douloureux somatoforme persistant a été diagnostiqué (Dr K_____, rapport du 18 avril 2006).

S'agissant des troubles de la colonne cervicale, il résulte de ce qui précède que le status s'est modifié dans le sens d'une aggravation. En effet, alors que les lésions radiologiques étaient décrites comme modestes en juin 1992, celles-ci apparaissent comme étant sévères en janvier 2006.

Cependant, aucune des pièces versées au dossier ne permet de déterminer si les lésions cervicales constatées par le Dr I_____ entraînent des répercussions sur la capacité de travail du recourant et si oui, dans quelle mesure.

Ainsi, on ne saurait sans plus accorder un poids décisif aux diagnostics et conclusions posés par les experts rhumatologues dans leur rapport du 12 juillet 2005, cette expertise ayant été effectuée six mois avant que les lésions sévères n'aient été constatées. Au demeurant, il convient de relever que les experts aboutissent à des résultats qui ne convainquent pas le Tribunal de céans. Leur rapport est en effet fortement emprunt d'éléments d'ordre psychique, domaine qui ne relève pas de leur spécialisation. Les experts n'ont en outre pas procédé à des investigations complètes pour évaluer la situation médicale du recourant, puisqu'ils ne se réfèrent à aucune radiographie.

On ne saurait non plus suivre l'appréciation du médecin du SMR, dans la mesure où celui-ci fait abstraction des lésions sévères précitées, au motif que les troubles présentés par le recourant auraient été complètement évalués par les expertises

rhumatologique et psychiatrique (avis des 7 février et 28 mars 2007). Or, comme expliqué ci-dessus, il apparaît de toute évidence que les experts rhumatologues n'ont pas été en mesure d'apprécier des atteintes constatées radiologiquement six mois après leur examen. Enfin, si l'expert psychiatrique a certes mentionné dans son rapport les atteintes somatiques précitées, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas évalué leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant, ces troubles ne relevant pas de son domaine de spécialisation.

Le Tribunal de céans constate en outre que le Dr D_____ ne s'est pas prononcé sur les troubles à la colonne cervicale objectivés par l'I.R.M. du 11 janvier 2006. Or, le médecin conseil d'un office de l'assurance-invalidité doit procéder à un examen objectif des documents médicaux qui lui sont présentés et se déterminer de façon circonstanciée.

Quant aux appréciations de la Dresse A_____, émises en qualité de médecin traitant, celles-ci doivent être abordées avec précaution (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Elles ne sauraient au demeurant être retenues, dans la mesure où seules des indications quant aux limitations fonctionnelles du recourant sont mentionnées (rapport du 26 janvier 2007).

Ainsi, la question de l'étendue de la capacité de travail du recourant, sur le plan somatique, n'apparaît pas suffisamment éclaircie. Dans un tel cas, 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'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206; DTA 2001 p. 169). A l'inverse, 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).

En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

9. Il convient de relever par ailleurs que c'est à tort que le recourant a allégué que seul le Dr D_____ avait retenu un trouble somatoforme douloureux, puisque le Dr K_____, expert mandaté par l'intimé, a posé ce diagnostic.

   Le Tribunal de céans n'est cependant pas convaincu par les conclusions auxquelles a abouti cet expert psychiatre.

Celui-ci explique en effet que *"la lecture du dossier et en particulier celle des nouveaux rapports de radiologie semble indiquer qu'il existe un noyau organique pouvant en partie expliquer les douleurs."* (rapport du 18 avril 2006, p. 6, 2ème §). Or, on peine à comprendre comment l'expert est arrivé à la conclusion que les lésions cervicales pouvaient "*en partie*" expliquer les douleurs dont souffre le recourant, dès lors qu'il s'agit d'un domaine médical qui ne relève pas de sa spécialisation, et qu'aucun médecin ne s'était prononcé sur cette question.

En outre, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant repose sur une motivation insuffisamment étayée, à savoir: "*la vie de l'assuré est conditionnée de façon quasiment grotesque par les douleurs*" (page 6, 2ème § in fine). Or, aucun élément ressortant de l'anamnèse, des plaintes ou des données objectives, ne permettent de retenir que tel serait effectivement le cas. L'expertise demeure en outre silencieuse sur la fréquence et l'acuité des troubles ressentis ainsi que sur la description du vécu quotidien du recourant. Enfin, c'est de manière surprenante que l'expert s'est prononcé, dans un premier temps, sur le caractère non invalidant du trouble psychique, question à laquelle doivent répondre les juges, pour conclure ensuite à ce que l'affection ne présentait aucune incidence sur la capacité de travail du recourant.

Pour ces motifs, les conclusions de l'expertise psychiatrique ne convainquent pas, si bien que l'intimé procédera aussi à un complément d'enquête médical à cet égard.

10. Le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que les pièces figurant au dossier et collectées par l'intimé ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause et, partant, de se prononcer sur une éventuelle modification de l'invalidité du recourant. On ne peut par ailleurs exclure que la situation médicale du recourant se soit même aggravée dans le laps de temps qui séparent les deux décisions, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé. Le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé.

    Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire effectuée par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), et qui cela fait, rendra une nouvelle décision.

11. Le recours est par conséquent admis et un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

12. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 750 fr. lui sera accordée à titre de dépens.

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 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 2 avril 2007.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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