REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2366/2004 **ATAS/1088/2005**

ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, mais comparant par Me Olivier CARRARD, en recourant
l'étude duquel il élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis 97, rue intimé
de Lyon, à Genève

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant italien né en décembre 1956, peintre en bâtiment de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 8 mai 2001, en raison d'arthrose à l'épaule droite.

2. Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi, le 17 mai 2001, un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué un impignement de l'épaule. L'état de santé s'améliorait. L'incapacité de travail était totale depuis décembre 2000 et des mesures professionnelles étaient préconisées. L'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais une activité légère était possible dès juillet 2001 à plein temps, sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation dans l'utilisation des deux bras, pas de port de charges de plus de 5 kilos et pas de travail en hauteur ou sur une échelle.

3. Par courriers des 13 juillet et 7 novembre 2001, l'OCAI a sollicité des rapports médicaux auprès du Dr B_____, interniste et deuxième médecin traitant, qui n'a pas donné suite à ces demandes.

4. Une mesure d'orientation professionnelle au sein de la structure AIP de l'ORIPH à Morges lui a été proposée, du 1er juillet au 22 novembre 2002, pour établir notamment un bilan des acquis et essayer quelques activités pratiques, telles la mécanique, la soudure à l'étain, l'informatique et la menuiserie.

   En date du 17 septembre 2002, l'assuré a présenté un certificat médical, selon lequel il souffrait de cervico-brachialgies, ainsi que de troubles visuels et de troubles de la concentration, vraisemblablement dus à son travail devant un ordinateur. Le Dr A_____ n'avait pas prescrit d'arrêt de travail, mais remettait en question l'utilité du stage. Le directeur du centre ORIPH a mis un terme aux mesures professionnelles le 4 octobre 2002, l'OCAI désirant investiguer l'état psychique de l'assuré. Ce dernier avait présenté un taux de présence entier du 1er juillet au 4 octobre 2002 (cf. rapport AIP du 9 octobre 2002).

5. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr C_____, qui s'est adjoint les services de Monsieur M_____, psychologue, pour effectuer des tests. L'assuré a été vu en consultation à deux reprises par le psychiatre, les 15 novembre 2002 et 24 février 2003. L'expert psychiatre a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, des signes en faveur d'une personnalité paranoïaque, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les troubles psychiatriques et psychologiques décrits dans l'expertise et dans la co-expertise ne donnaient pas lieu à une diminution de l'aptitude au travail. Dans une activité adaptée, en raison de ses limitations physiques, l'expertisé était en mesure d'exercer une activité de 8 heures par jour.

Le psychologue M_____ a quant à lui diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, une névrose de compensation (majoration des symptômes pour des raisons psychologiques), ainsi qu'une personnalité avec traits caractériels et paranoïdes. Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail. Selon lui, l'expertisé apparaissait comme une personne très fragile qui vivait la situation d'évaluation avec une réelle angoisse. On pouvait dès lors comprendre ses nombreuses tentatives de contrôle et de manipulation comme une manière de gérer son désarroi. De plus, on pouvait faire l'hypothèse que l'important besoin de réparation de l'assuré pourrait combler une histoire traumatique qu'il aurait vécue dans le passé et qui se manifestait actuellement par une souffrance somatoforme. En fonction de ces éléments, l'évolution future de l'expertisé restait préoccupante. On pouvait en effet craindre une persistance ou une aggravation des douleurs, voire des complications somatiques et même un effondrement psychologique, si l'assuré ne pouvait bénéficier de l'aide qu'il recherchait. Les symptômes du patient semblaient être entretenus, voire amplifiés par son fonctionnement psychique. La recherche de l'attention d'autrui évoquait un sentiment de détresse authentique face à la douleur (cf. rapport d'expertise du 13 avril 2003).

6. Dans un certificat du 4 mars 2003, remis à l'assuré, le Dr A_____ a relevé que la reprise de travail n'était pas possible pour son patient qui était demandeur d'une rente d'invalidité. La tentative de stage de rééducation professionnelle n'avait pu être menée à terme en raison de la recrudescence des douleurs. Du point de vue médical, l'assuré avait subi, en février 2001, une acromioplastie arthroscopique, ainsi qu'une révision arthroscopique de l'articulation gléno-humérale, qui n'avaient révélé aucune lésion. Les suites avaient été lentement favorables, avec une récupération des amplitudes articulaires en trois mois, mais persistance des douleurs. Une infiltration de corticoïde avait temporairement amélioré la situation. Un bilan radiologique complémentaire n'avait mis en évidence ni rupture de coiffe, ni bursite, mais une discopathie C5-C6, avec un pincement de l'espace intersomatique.

7. Du 10 novembre au 7 décembre 2003, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI). Selon le rapport du COPAI du 22 décembre 2003, le stage avait permis de conclure à l'impossibilité de le réinsérer dans un circuit économique ordinaire, tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'adaptation sociale. Au niveau physique, l'assuré ne pouvait ni effectuer d'activités répétitives ou nécessitant de la force, ni porter ou déplacer des charges. De surcroît, dès le moment où la main droite (assuré droitier) était régulièrement sollicitée, même sur une courte période, l'assuré adoptait une attitude mono-manuelle qui influençait sensiblement toute productivité, la rendant inexploitable dans le circuit économique. Le directeur du COPAI avait encore relevé que le stagiaire était très affecté par sa situation ; ses plaintes étaient nombreuses et son discours restait centré sur ses différentes atteintes. L'assuré

n'avait pas réussi à s'intégrer dans le groupe ; l'image qu'il avait de lui-même et de ses compétences était très diminuée et ne lui permettait pas d'envisager l'avenir sous un angle constructif. Dans ce contexte, toute tentative de reprise d'une activité professionnelle était vouée à l'échec.

Le Dr E_____, médecin-conseil du COPAI, a également examiné l'assuré lors de deux entretiens. Il a relevé que la situation professionnelle du patient s'était dégradée depuis sa luxation acromio-claviculaire de l'épaule droite. Une acromioplastie avait été pratiquée sans succès thérapeutique et la situation avait progressivement évolué vers un syndrome douloureux somatoforme figé dans le cadre d'une personnalité paranoïaque, majorant les symptômes physiques pour des raisons psychiques. Les conclusions du COPAI confirmaient clairement les rapports psychologiques et psychiatriques et son impression clinique. En effet, même si l'assuré ne présentait pas de pathologie psychiatrique l'empêchant théoriquement de travailler, sa conviction d'être invalide et sa détresse étaient telles qu'aucune activité ne pouvait lui être proposée. Il ne pourrait d'ailleurs être engagé par qui que ce soit, vu l'intensité de ses plaintes. Il fallait en conclure que sa capacité de travail était trop perturbée pour être efficace, en raison de son syndrome somatoforme chronique. La question de la prise en charge de ce type de pathologie par l'assurance-invalidité restait entière (cf. attestation Dr E_____ du 19 décembre 2003).

8. Le Dr F_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité, SMR Léman, s'est prononcé, en date du 23 février 2004, sur le rapport du Dr E_____. Il a relevé que l'observation au COPAI et l'avis du médecin précité n'apportaient pas d'éléments nouveaux, objectifs et suffisamment probants, pour contrer les conclusions de l'expertise psychiatrique ou de l'évaluation orthopédique. Les atteintes à la santé somatique et psychique de l'assuré restaient non invalidantes dans une activité adaptée. Suite à l'échec des stages à l'ORIPH et au COPAI, les mesures professionnelles devaient être abandonnées.

9. Dans un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 25 mars 2004, la réadaptatrice a procédé à une comparaison théorique des revenus avant invalidité de 67'200 fr. (en 2001) et après invalidité de 47'766 fr. 65 (sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires et après réduction de 15% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré), conduisant à retenir un taux d'invalidité de 28,9%.

10. Par décision du 30 mars 2004, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures de reclassement. Le 18 mai 2004, l'assuré a formé une opposition orale à cette décision, sollicitant une aide au placement. Par décision sur opposition du 25 juin 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale.

11. Par décision du 22 juillet 2004, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er février au 31 août 2001. L'assuré avait présenté une incapacité totale de travail à partir du 17 février 2000 et le délai de carence d'une année était arrivé à échéance le 17 février 2001. A partir du 17 mai 2001, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée et la rente devait donc encore être versée pendant trois mois, compte tenu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité. Enfin, la comparaison des revenus avant et après invalidité faisait apparaître un taux d'invalidité de 28,9%, n'ouvrant pas droit à une rente au-delà du 31 août 2001.

12. Par courrier du 14 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en raison de son incapacité totale de travail.

13. Par décision sur opposition du 22 octobre 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a rappelé que suite au stage d'observation professionnelle effectué au centre ORIPH à Morges du 1er juillet au 4 octobre 2002, il était apparu que les limitations de l'assuré avaient une composante psychologique prépondérante, raison pour laquelle l'OCAI avait décidé de le soumettre à une expertise psychiatrique auprès du Dr C_____. Il ressortait du rapport d'expertise de ce dernier que l'assuré ne présentait aucune limitation d'ordre psychiatrique à la reprise d'une activité adaptée. Afin de déterminer concrètement quelles activités l'on pouvait encore raisonnablement exiger de l'assuré, l'OCAI avait organisé un second stage d'observation professionnelle qui s'était déroulé au COPAI du 10 novembre au 7 décembre 2003. Les experts professionnels avaient conclu que l'assuré ne pouvait réintégrer le circuit économique ordinaire, tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'adaptation sociale ; l'assuré était limité par sa propre conviction d'être invalide et sa détresse. Cependant, d'un point de vue objectif, rien sur le plan somatique ne l'empêchait d'exercer une activité légère adaptée, comme le relevait le SMR Léman, ainsi que le médecin traitant de l'assuré. De surcroît, selon le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'était admissible que dans des cas exceptionnels ; il fallait que le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur soit accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, ce qui, selon l'expert psychiatre, n'était pas le cas en l'espèce.

14. Par courrier du 17 novembre 2004, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 17 février 2001. Il s'est référé au rapport du COPAI, selon lequel il était inapte à reprendre une activité lucrative quelle qu'elle soit, tant d'un point de vue physique que d'un point de vue psychique, étant précisé que même un travail industriel simple n'était pas adapté à ses atteintes. En outre, les rendements mesurés à l'atelier étaient de l'ordre de 30%

sur une journée, résultats qui n'étaient pas exploitables dans le circuit économique. Or, l'OCAI n'avait pas pris en compte l'avis de ces experts, ce qui était arbitraire. De surcroît, cet office n'avait pas motivé sa décision, ce qui violait le principe constitutionnel du droit d'être entendu. Enfin, il avait procédé à la comparaison des revenus en se fondant sur une activité sérielle légère, qui n'était pas adaptée à son état de santé.

15. Dans sa réponse du 14 janvier 2005, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a rappelé que suite au stage à l'ORIPH, l'assuré avait été soumis à une expertise psychiatrique et psychologique qui avait conclu à l'absence d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Or, les conclusions du COPAI confirmaient ce rapport d'expertise. Le Dr F_____ du SMR Léman avait également estimé que les atteintes somatiques et psychiques du recourant n'étaient pas invalidantes dans une activité adaptée. Ainsi, l'OCAI avait procédé à une comparaison théorique des revenus d'où il découlait un degré d'invalidité n'ouvrant pas droit à une rente.

16. Dans sa réplique du 18 février 2005, le recourant, persistant dans ses conclusions, a tout d'abord contesté la valeur probante de l'avis médical du Dr F_____ du SMR Léman, celui-ci n'ayant jamais reçu l'assuré en consultation. Il a par ailleurs fait valoir que le Dr A_____ avait certes tout d'abord estimé qu'il pouvait peut-être exercer une activité professionnelle tenant compte de ses limitations, mais qu'au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, il avait jugé que la reprise de travail était impossible (cf. certificat du Dr A_____ du 4 mars 2003). Quant aux stages professionnels, le premier avait dû être interrompu en raison de la recrudescence de ses douleurs. Dans le deuxième stage, le recourant avait été jugé inapte, par les maîtres professionnels, à reprendre une activité lucrative. Or, c'était sur la seule base de l'avis du Dr F_____, dépourvu de valeur probante, que l'OCAI s'était écarté des conclusions du COPAI, ce qui était arbitraire. De surcroît, le Dr F_____ n'avait pas précisé quelles activités l'assuré pouvait encore effectuer et dans quelle mesure, contrairement à ce qu'il devait faire, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA).

17. Dans sa duplique du 11 mars 2005, l'OCAI a persisté dans les termes et conclusions de sa réponse.

18. Par courrier du 12 avril 2005, le Tribunal de céans a posé des questions au Dr A_____, notamment concernant la capacité de travail du recourant et les activités adaptées à son état de santé.

19. Par courrier du 15 avril 2005, le Dr A_____ a répondu aux questions qui lui étaient posées. L'assuré présentait un conflit sous-acromial de l'épaule droite, survenu spontanément, ainsi que des douleurs cervicales dans le cadre d'une cervicarthrose avec un enraidissement. En ce qui concernait l'épaule, il n'y avait pas de lésion organique, mais seulement des douleurs. Quant aux cervicalgies, on se

trouvait en présence d'une cervicarthrose dégénérative. Le patient avait bénéficié en février 2001 d'une acromioplastie avec révision arthroscopique de l'articulation gléno-humérale de l'épaule droite. Fonctionnellement, les amplitudes articulaires de l'épaule étaient normales, mais la force musculaire limitée en raison des douleurs. Toutes les activités sans mouvements répétitifs du membre supérieur et sans port de charges étaient praticables ; le changement de positions fréquent était également à respecter, car l'apparition des douleurs s'en trouvait calmée. L'état de santé du recourant s'était plutôt péjoré de juillet 2001 à juillet 2004, en raison d'un état dépressif consécutif à sa pathologie. Enfin, l'assuré avait toujours été en arrêt de travail depuis l'intervention du 15 février 2001.

20. Par courrier du 25 avril 2005, le recourant a relevé que le Dr A_____ ne l'avait pas revu depuis plus d'une année et demi et que dès lors une nouvelle expertise médicale serait utile pour évaluer son état de santé.

21. Par ordonnance d'expertise du 26 mai 2005 (ATAS/473/2005), le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique du recourant au Dr G_____, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, lui demandant notamment de répondre à plusieurs questions concernant les critères déterminant la valeur de maladie d'un trouble somatoforme douloureux.

22. Le Dr G_____ a rendu son expertise psychiatrique le 23 septembre 2005. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a précisé que l'état dépressif actuel était d'un degré de gravité moyen, mais il allait en se péjorant et le risque était grand d'une évolution vers la chronicité. Il était plus difficile d'évaluer le degré de gravité des autres diagnostics retenus, mais dans la mesure où ces troubles psychiques avaient conduit à la dépression actuelle, ils pouvaient être considérés comme assez sévères. Le trouble de l'humeur actuelle avait, selon l'expert, valeur de maladie. Il était étroitement intriqué au trouble douloureux persistant. Les douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule et du bras étaient des affections corporelles chroniques. Il était certain que l'expertisé était figé aujourd'hui dans une attitude mentale rigide et qu'il était exclusivement focalisé sur sa situation d'homme souffrant, physiquement diminué. Il se sentait humilié par cette limitation, se vivait comme un exclu et s'était révélé incapable de faire face à cette situation. Il avait réduit sa vie sociale, n'avait plus le goût de voir des connaissances ou des amis, se sentait déchu. L'état psychique de l'expertisé pouvait être qualifié de cristallisé, si l'on entendait désigner ainsi un type de fonctionnement psychique caractérisé par la rigidité des processus mentaux, qui avaient perdu toute souplesse adaptative. L'expertisé éprouvait un sentiment de déchéance et d'humiliation du fait de son inaptitude physique et n'imaginait pas que son attitude psychique ou son état mental puissent influencer cette évolution. Il était prématuré de conclure à l'échec du traitement ambulatoire de la dépression,

l'expertisé ayant abandonné rapidement les traitements antidépresseurs prescrits par son médecin traitant. L'on devait dès lors considérer qu'il n'avait pas tout mis en œuvre pour traiter son état dépressif et il ne faisait aucun doute que les ressources de la thérapeutique n'avaient pas été épuisées en ce qui concernait le traitement de la dépression. Un effort de volonté pour surmonter les douleurs et réintégrer le monde du travail n'étaient actuellement pas à la portée de l'expertisé et seul un soulagement significatif de l'état dépressif pourrait lui rendre la capacité de se motiver et de disposer de sa pleine volonté. Il ne pouvait pas, dans son état clinique actuel, exercer d'activité lucrative d'un point de vue psychique, mais cette incapacité devait être réévaluée au terme d'un traitement médical bien conduit de l'état dépressif, traitement qui paraissait exigible. D'après les informations fournies par son médecin traitant et son épouse, l'état dépressif se serait installé progressivement dans le courant de l'année 2004 et, selon cette dernière, il se serait fortement péjoré au printemps 2005, date à partir de laquelle il aurait pris le degré de sévérité actuel. L'incapacité pour cause psychique devait être attribuée à l'état dépressif. Il y avait lieu de le considérer comme une comorbidité psychiatrique au symptôme douloureux somatoforme depuis le début de l'année 2005. L'expert précisait enfin avoir retenu l'état dépressif majeur, du fait de sa sévérité, comme un diagnostic à part entière et non comme un aspect de la symptomatologie du trouble douloureux somatoforme. L'incapacité actuelle était liée à la dépression, mais l'expert ne pouvait se prononcer sur l'état psychique de l'expertisé avant la survenue de l'état dépressif. Il convenait cependant d'observer que les rapports psychiatrique et psychologique d'avril 2003 ne faisaient pas mention de l'existence d'un trouble dépressif à cet époque. Par ailleurs, une rémission partielle de l'état dépressif actuel devrait conduire à une nouvelle évaluation de la gravité et des conséquences du syndrome douloureux somatoforme.

23. Dans des observations après expertise du 10 octobre 2005, le recourant a notamment relevé que l'expert G_____ avait constaté que l'état dépressif actuel, d'un degré de gravité moyen, s'était installé après l'apparition des douleurs dans les épaules, les bras, la nuque et la région lombaire. Les troubles psychiques pouvaient être considérés comme sévères; ils constituaient une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant, depuis le début de l'année 2005. Un effort de volonté pour surmonter les douleurs et réintégrer le monde du travail n'était actuellement pas à la portée du recourant. Pour la période antérieure à janvier 2005, l'incapacité de travail totale reposait sur des raisons physiques en raison de ses nombreuses limitations (pas d'activité répétitive, pas de port de charges lourdes, notamment). Il convenait par conséquent de lui octroyer, sous suite de dépens, une rente entière d'invalidité dès le 17 février 2001.

24. Dans ses écritures après expertise du 18 octobre 2005, l'OCAI s'est référé aux commentaires du Dr F_____ du SMR Léman, auquel il avait soumis l'expertise. Ce médecin a relevé que le diagnostic d'épisode dépressif moyen devait être considéré comme constitutif du trouble somatoforme douloureux et non comme

une comorbidité distincte ayant valeur de maladie. De surcroît, l'expert G_____ estimait qu'un traitement pharmacologique adéquat pourrait soulager l'assuré, voire apporter une rémission symptomatique. En outre, les autres critères pour reconnaître au trouble somatoforme douloureux valeur de maladie n'étaient pas remplis. Enfin, l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement psychiatrique pour réduire le dommage. Ce médecin concluait que le recourant présentait une capacité totale de travail, tant sur le plan psychique que physique, dans une activité adaptée respectant ses limitations.

25. Par courrier du 2 novembre 2005, le recourant s'est opposé au rapport du SMR Léman produit par l'OCAI, estimant qu'il constituait une contre-expertise déguisée du médecin-conseil de l'assurance-invalidité, qu'il avait été transmis tardivement, soit après le délai imparti par le Tribunal et était totalement partial, que ledit médecin-conseil n'avait jamais reçu en consultation le patient et qu'il avait déjà établi deux rapports dans le dossier de l'OCAI.

26. Ce courrier a été transmis à l'intimé le 3 novembre 2005 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

3. 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). Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant a débuté en 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 octobre 2004 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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 LPGA.

   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).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 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 d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 consid. 1.2.).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [éd.], 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 général 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).

Ne sont pas assurées les névroses de revendication, dites aussi d'appétence ou d'assurance, ou bien encore sinistroses. Elles procèdent d'une carence de la volonté ou d'une anomalie mentale de l'intéressé, auxquelles l'événement assuré donne le prétexte de se manifester. Dans ce sens, elles sont bien une conséquence de l'accident ou de la maladie, mais elles n'y sont pas liées par un rapport de causalité adéquate: trop de particularités étrangères à l'événement interviennent, qui le relèguent à un rôle très secondaire. L'assuré atteint de ce type de névrose ne parvient pas à sortir du rôle d'invalide, qu'il justifie par une infirmité inexistante ou dont il exagère les effets. Ses mobiles - inconscients - peuvent être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejette, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se fait une juste représentation de la réalité, il en est venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agit donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne peut, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (cf. MAURER, op. cit., p. 255 ss; ATFA 1950, p. 77; 1960, p. 260, ATF 115 V 414 consid. 12 ; 104 V 27 consid. 2b ; SJ 1998 p. 429 n° 71; ATFA non publié du 11 septembre 2001en la cause I 189/01 Tn ; ATF 100 V 17 ainsi que les arrêts non publiés BANDELIER du 11 décembre 1963 et CESCATO du 1er octobre 1969).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

   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; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

7. S'agissant tout d'abord de la demande du recourant d'écarter le rapport après expertise du SMR Léman, le Tribunal de céans constate que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'OCAI a fait ses observations après enquêtes dans le délai prolongé qui lui avait été imparti. Cet office avait par ailleurs le loisir de soumettre l'expertise du Dr G_____ à son service médical dont l'avis ne constitue pas une "contre-expertise déguisée", mais bien celui de l'intimé. Ce grief de l'assuré doit donc être écarté.

8. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de constater que le trouble de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou névrose de compensation, de rente ou de revendication ou encore sinistrose n'a, en tant que tel, pas valeur de maladie invalidante, mais n'empêche pas qu'une autre atteinte à la santé, telle un trouble somatoforme douloureux puisse, s'il est reconnu invalidant, donner droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. ATFA non publié du 23 mars 2000, en la cause I 41/00 Co).

9. Cela dit, il convient donc de déterminer le degré d'invalidité du recourant, par rapport à ses autres affections jusqu'au 22 octobre 2004, date de la décision sur opposition de l'OCAI. Les péjorations de l'état de santé survenues postérieurement à cette date, devront faire l'objet d'une demande de révision auprès de l'OCAI et il convient de rappeler à cet égard que selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend

naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de gain de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

Il y a lieu tout d'abord de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du Dr G_____. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, l'anamnèse est détaillée, l'expert a tenu compte des plaintes de l'expertisé, les conclusions sont dûment motivées et se basent sur une expertise complète, tenant compte du contexte médical global. De surcroît, l'expert psychiatre a vu en consultation le recourant les 12 août et 16 septembre 2005, il s'est entretenu avec la femme de l'expertisé le 20 septembre 2005 et a eu un entretien téléphonique avec le Dr B_____, médecin traitant, le 20 septembre 2005 également. A cet égard, il convient de préciser que le Dr B_____, bien que n'ayant pas répondu aux demandes de l'OCAI, a néanmoins été interrogé dans la procédure, par l'expert G_____, et lui a notamment indiqué qu'il avait prescrit à plusieurs reprises au patient un médicament antidépresseur, qui à chaque fois avait été abandonné rapidement dès les premiers signes d'amélioration. Enfin le Dr G_____ a répondu très précisément aux questions qui lui étaient posées dans l'ordonnance d'expertise, concernant le trouble somatoforme douloureux et l'état psychiatrique.

Cet expert a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'une majoration de symptômes physique pour des raisons psychologiques. Il retient l'état dépressif majeur - moyen - du fait de sa sévérité, comme un diagnostic à part entière et non comme un aspect de la symptomatologie du trouble douloureux somatoforme, bien qu'il soit étroitement intriqué à ce trouble douloureux persistant et que ledit trouble ait conduit à la dépression actuelle. Il estime également que le recourant présente un état psychique cristallisé et qu'il subit une certaine perte d'intégration sociale. Cependant, il relève que l'expertisé n'a pas poursuivi les traitements antidépresseurs qui lui étaient proposés, les abandonnant rapidement, non sans avoir éprouvé pendant ces courtes périodes les premiers signes d'une amélioration de son état. Dès lors, le recourant n'a pas tout mis en œuvre pour traiter son état dépressif et les ressources de la thérapeutique n'ont pas été épuisées en ce qui concerne le traitement de la dépression. Un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail n'est actuellement pas à la portée de l'assuré et seul un soulagement significatif de l'état dépressif pourrait lui rendre la capacité de se motiver et de disposer de sa pleine volonté. Il ne peut pas dans son état clinique actuel exercer d'activité lucrative, mais cette incapacité devrait être réévaluée au terme d'un traitement médical bien conduit de l'état dépressif, traitement exigible de la part du recourant. L'expert attribue ainsi l'incapacité de travail pour cause psychique à l'état dépressif actuel, qui existe depuis le début de l'année 2005. Il précise que les rapports psychiatrique et psychologique d'avril 2003 ne faisaient pas mention de l'existence d'un trouble dépressif à cette époque.

Dès lors, il convient de constater que les conclusions du Dr G_____ rejoignent celles du Dr C_____ concernant la période du 1er septembre 2001, date de la suppression de la rente entière d'invalidité, au 22 octobre 2004, date de la décision sur opposition de l'OCAI. Selon ces experts, le recourant ne présentait pas alors d'incapacité de travail pour des raisons psychiques.

Sur le plan physique, le Dr A_____ a précisé au Tribunal de céans, le 15 avril 2005, que l'assuré présentait un conflit sous-acromial de l'épaule droite, survenu spontanément, ainsi que des douleurs cervicales dans le cadre d'une cervicarthrose avec un enraidissement. En ce qui concernait l'épaule, il n'y avait pas de lésion organique, mais seulement des douleurs. Quant aux cervicalgies, l'on se trouvait en présence d'une cervicarthrose dégénérative. Fonctionnellement, les amplitudes articulaires de l'épaule étaient normales, mais la force musculaire limitée en raison des douleurs. Toutes les activités sans mouvements répétitifs du membre supérieur et sans port de charges étaient praticables ; le changement de positions fréquent était également à respecter, car l'apparition des douleurs s'en trouvait calmée. Ainsi, ce médecin atteste d'un point de vue physique d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée évitant les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, le port de charges et permettant le changement de positions fréquent.

Il y a par conséquent lieu de constater que le recourant présente une capacité résiduelle de travail entière. A cet égard, il convient de préciser que ce sont les avis du COPAI et de son médecin-conseil qui ont conduit le Tribunal de céans à ordonner une sur-expertise psychiatrique afin de déterminer avec plus de certitude l'état psychique du recourant. Or, dès lors que l'expertise rendue a pleine valeur probante, il convient d'en adopter ses conclusions. A cet égard, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence du TFA, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

10. Il convient dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Il y a lieu de retenir comme année déterminante pour l'évaluation des revenus l'année de la naissance du droit à la rente, soit 2001.

Aux termes des art. 28 al 2 LAI et 16 LPGA, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de

réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

S'agissant du revenu avant invalidité, il y a lieu de se référer au questionnaire pour l'employeur du 22 mai 2001, selon lequel le salaire mensuel du recourant en 2001 s'élevait à 5'600 fr. x 12 (= 67'200 fr. en 2001).

Quant au salaire d'invalide, il convient de se référer aux salaires auxquels peuvent prétendre en 2000 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'437 fr. par mois (cf. Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, niveau de qualification 4). En effet, le recourant serait à même d'effectuer nombre d'activités non qualifiées, respectant ses limitations, telles celles d'huissier ou de surveillant. En outre, comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7 ; cf. La Vie économique 10-2005, tableau B9.2, p. 82), ce montant doit être porté à 4'625 fr. 55, ce qui correspond à un salaire annuel de 55'506 fr. 90. Il y a encore lieu de réévaluer ce montant à l'année 2001, ce qui représente un revenu de 56'864 fr. 15 (cf. La Vie économique 10-2005, tableau B10.3, p. 83).

Selon la jurisprudence du TFA, le montant d'invalide ainsi obtenu sera, le cas échéant, encore réduit en fonction des empêchements propres liés à la personne de l'invalide, comme par exemple certaines limitations liées aux handicaps, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

En l'occurrence, il convient de relever que même avec l'abattement maximal de 25% - qui ne se justifierait pas en l'espèce -, le taux d'invalidité s'élèverait à 36,53%, ce qui est insuffisant à ouvrir droit à une rente au-delà du 31 août 2001 [revenu annuel après invalidité : 42'648 fr. 10 / (67'200 fr. - 42'648 fr. 10) x 100 : 67'200 fr. = 36,53%].

11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

    Enfin, il y a lieu de relever que, si l'état actuel devait persister, malgré des traitements médicamenteux et psychothérapeutique bien conduits, le recourant pourrait déposer une demande de révision auprès de l'assurance-invalidité.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Frédérique GLAUSER

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