REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2489/2006 **ATAS/819/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 18 juillet 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , CHENE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant portugais, né en 1958, est arrivé en Suisse en 1986 et y a travaillé en tant que maçon.

2. Le 20 septembre 1993, il a été victime d'un accident, au cours duquel un tube de fer d'une quarantaine de kilos l'a heurté à la nuque.

3. Le scanner cervical pratiqué le 6 octobre 1993, a mis en évidence un double prolapsus disco-ligamentaire C4-C5 et C5-C6

4. Le 19 août 1994, l'intéressé a subi un choc de type "coup du lapin" (entorse cervicale), lors d'un accident de la circulation.

5. Selon le rapport d'examen par le médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA) du 20 octobre 1994, l'assuré souffre d'un syndrome cervical subjectif sans signes objectifs majeurs et l'état paraît stabilisé. Plus d'une année après l'accident, on peut admettre que la contusion endurée est guérie. Une activité légère permettant d'alterner les positions et évitant le travail au-dessus du niveau des épaules est exigible.

6. Le 22 mai 1995, l'intéressé a déposé une demande de prestations d'invalidité en vue d'un reclassement ou d'une rente.

7. Par décision du 28 septembre 1998, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI) a refusé toute prestation. Après que l'assuré eût interjeté recours contre cette décision, cet office l'a annulée et a repris l'instruction de la demande.

8. En août 1999, l'assuré a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au Servizio accertamento medico (ci-après: SAM) de l'assurance-invalidité à Bellinzone. Selon le rapport du 4 novembre 1999 de ce service, il présente les diagnostics principaux suivants: premier traumatisme cranio-cervical le 20 septembre 1993, syndrome douloureux chronique persistant consécutif au traumatisme et fibromyalgie. Dans les diagnostics secondaires, les médecins du SAM mentionnent discopathie involutive C5-6 et C6-7, syndrome cervical chronique, essentiellement somatoforme, léger état d'anxiété et de tension réactif, probabilité de réaction tendancieuse à la maladie, obésité et dyslipidémie. Sa capacité de travail est de 75% dans n'importe quelle profession. Du point de vue psychique, il possède une capacité de travail entière.

9. Par décision du 31 mars 2000, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Sur recours, cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal de céans du 13 novembre 2003.

10. Par courrier du 1er avril 2003, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé une révision de la décision de refus de prestations, en raison de l'aggravation de son état de santé.

11. Dans son rapport du 8 mars 2004, le Dr A_____, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient depuis avril 2001. Il a observé des douleurs cervico-dorso-lombaires, une fatigue et un état dépressif qui limitent la capacité de travail de l'assuré.

12. Dans son rapport du 26 mai 2004, le Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une pathologie cervicale et lombaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 septembre 1993 à ce jour. L'état était stationnaire.

13. Le 6 septembre 2004, le Dr C_____ de la division de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle des (ci-après : les "etablissement hospitalier") a fourni à l'OCAI un rapport complémentaire sur la base des IRM lombaires pratiquées le 18 juin 1998 et le 11 octobre 2001. Selon ses conclusions, il n'y a pas d'argument pour une hernie discale significative, une compression extrinsèque sur le fourreau dural ou un conflit disco-radiculaire lombaire. Il a par ailleurs constaté un hémangiome quiescent dans le corps vertébral de L1 et un ostéophyte intersomatique débutant au niveau du plateau vertébral supérieur de L2.

14. Le 12 octobre 2004, le Dr B_____ a informé l'OCAI qu'il tirait ses informations prioritairement des dires de son patient. Celles-ci lui paraissaient très nettement indiquer que le début des troubles de la santé responsables de l'incapacité de travail remonte à l'accident de 1993 et qu'ils ont été aggravés par l'accident de la route survenu en 1994. Le trouble dépressif n'était pas en relation avec les difficultés sociales ou économiques du patient, mais avec les séquelles du traumatisme de l'accident. Depuis cet événement, l'assuré avait le sentiment de ne plus être le même homme, d'avoir perdu ses forces et capacités, d'être devenu "une pauvre et faible chose inutile" aux yeux de la société et de sa famille. Le traitement consistait en deux séances d'entretiens psychothérapeutiques par mois, ainsi que l'administration d'antidépresseurs de façon ininterrompue depuis le 9 février 2004. Néanmoins, les résultats n'étaient pas encourageants.

15. Par décision du 30 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de révision.

16. L'assuré a formé opposition à celle-ci, en date du 7 décembre 2004. Avec son complément d'opposition du 25 janvier 2005, il a transmis à l'OCAI le courrier du 14 janvier 2005 du Dr B_____, par lequel celui-ci a communiqué à son mandataire le diagnostic retenu, à savoir trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Ce médecin a par ailleurs précisé que le diagnostic a été posé sur l'impression clinique émanant du patient, étayée par des

tests mesurant l'état de l'humeur. Selon le test Hamilton qu'il a pratiqué, le score obtenu était de 27 points, ce qui correspondait à une dépression sévère.

17. Le 4 août 2005, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a sollicité une nouvelle révision en raison de l'aggravation de son état de santé. A l'appui de ses dires, il a joint le rapport relatif à l'IRM du rachis cervical du 22 juin 2005. Selon les conclusions de ce rapport, l'assuré est affecté de discopathies dégénératives aux étages C4-C5, C5-C6 et C6-C7, d'une protrusion discale focalisée associée postéro-latérale et foraminale du côté droit à l'étage C5-C6 avec aspect laminé des espaces épiduraux antérieurs.

18. Aux termes de l'avis médical du 13 mars 2006 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR) signé par la Dresse D_____, le dossier a été soumis au Dr E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR. Selon celui-ci, le test Hamilton n'était pas un outil diagnostique. Il avait toutefois une bonne sensibilité pour mesurer l'évolution d'un état dépressif. Les symptômes listés lors des constatations objectives ne pouvaient pas justifier une dépression de degré sévère ni même la présence d'une dépression. Selon ce médecin, il n'y avait dès lors pas d'argument en faveur d'une récurrence d'un éventuel épisode dépressif. Le dossier a en outre été soumis au Dr F_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au SMR. Celui-ci a relevé que l'IRM avait montré en 2001 une double hernie discale cervicale, alors même que les examens précédents n'avaient mis en évidence que des simples protrusions.

19. L'avis médical du SMR lu et approuvé par la Dresse D_____ en date du 29 mai 2006, a mentionné que le Dr F_____ avait visionné les radiographies du 15 mai 2001 et du 22 juin 2005 et qu'il n'avait pas noté d'aggravation de la situation radiologique. Les deux examens n'avaient pas mis en évidence des hernies discales, mais uniquement des protrusions discales. Sur la base de l'IRM de 1999, il a constaté que la situation était également identique à cette époque. Cela étant, le SMR n'a pas jugé nécessaire de réévaluer la situation du point de vue psychiatrique et somatique.

20. Par décision sur opposition du 9 juin 2006, l'OCAI a rejeté celle-ci. Il a relevé que, selon le SMR, les documents radiologiques récents n'avaient pas mis en évidence une aggravation objective, sur le plan somatique. Concernant le diagnostic psychiatrique, l'OCAI a souligné la subjectivité du diagnostic émis par le Dr B_____ et que, sur le plan médical, il paraissait peu probable qu'une personne qui souffrait d'une dépression depuis 1993, de l'ampleur décrite par ce dernier médecin, ne consultât un spécialiste qu'en 2004. Le diagnostic du Dr B_____ allait par ailleurs à l'encontre de l'arrêt du Tribunal de céans du 13 novembre 2003. Enfin, l'assuré n'avait pas fait preuve d'efforts pour diminuer les effets liés à son atteinte à la santé. Ainsi, l'OCAI a considéré que l'incapacité de

gain de l'assuré était due à ses difficultés économiques et non pas à une atteinte à la santé invalidante.

21. Le 6 juillet 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours contre la décision sur opposition de l'OCAI du 9 juin 2006 en concluant à son annulation, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité complète depuis le 1er mai 2002, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu à des enquêtes par l'audition des Drs A_____ et B_____ et, en tant que besoin, par une expertise médicale. Il a soutenu que son état de santé s'était nettement aggravé depuis le 30 novembre 2000, notamment sur le plan psychique. Les discopathies ont également péjoré son état de santé.

22. Le 30 août 2006, le recourant a complété son recours et persisté dans ses conclusions.

23. Dans sa réponse au recours du 2 octobre 2006, l'intimé a conclu au rejet de celui-ci. Il a relevé qu'une aggravation de l'atteinte à la santé du recourant n'a pas été établie de manière plausible. Se fondant sur un avis médical du 27 septembre 2006 du SMR, il a allégué que les symptômes décrits dans les rapports du Dr B_____ ne permettaient pas de poser le diagnostic d'épisode dépressif actuel sévère, en l'absence de la précision de la symptomatologie.

24. Le 16 octobre 2006, le recourant s'est déterminé sur la réponse de l'intimé au recours. Il a fait observer que le document du SMR joint au mémoire de réponse de l'intimé n'était pas signé par le Dr E_____, alors même que celui-ci aurait donné son avis. Il a dès lors dénié toute valeur juridique à ce document. Il a par ailleurs souligné que le Dr B_____ avait posé des diagnostics dans une classification internationale reconnue. Cela étant, le recourant a persisté dans ses conclusions.

25. Après avoir donné aux parties la possibilité de se déterminer sur les questions à poser à l'expert ainsi que le choix de celui-ci, le Tribunal de céans a ordonné le 6 décembre 2006 une expertise judiciaire psychiatrique et a commis à ces fins le Dr G_____, psychiatre.

26. Dans son rapport d'expertise du 9 mai 2007, le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Selon toute probabilité, cette atteinte a été causée par la lésion de la colonne cervicale lors des traumatismes en 1993 et 1994. Le décès accidentel du père de l'expertisé survenu en 1994 avait probablement joué un rôle de catalyseur. L'expert a souligné que le recourant n'était pas affecté, selon son appréciation, d'un trouble somatoforme douloureux, dès lors que les lésions radiologiques décrites et les constatations du médecin traitant peu après l'accident et dans la période qui a suivi lui semblaient compatibles avec l'état douloureux dont se plaignait l'expertisé. Le trouble dépressif ne constituait par conséquent pas une réaction à un trouble somatoforme

douloureux. Il s'agissait plutôt d'une réaction aux pertes narcissiques que l'atteinte cervicale avait entraîné pour l'expertisé. Celui-ci présentait par ailleurs un état psychique figé chronique et l'évolution sur le plan thérapeutique paraissait définitivement vouée à l'échec. L'expert a constaté un processus défectueux de résolution du conflit, mais qui n'apportait pas de soulagement à l'expertisé du point de vue psychique. Celui-ci n'en tirait pas de profit primaire et ne fuyait pas dans la maladie, mais la subissait. Par manque de ressources personnelles, il était incapable d'accéder à une position résiliante. Sur la base de l'analyse du dossier médical, l'expert a estimé que le trouble dépressif significatif existait probablement depuis 1997. Depuis 2004 au moins, le recourant présentait un état dépressif que le psychiatre traitant a considéré comme sévère. Ce trouble a entraîné chez l'expertisé un trouble de l'attention et de la concentration, une incapacité à investir son environnement, des troubles du sommeil, de la fatigue diurne, un manque d'élan vital, un léger ralentissement psycho-moteur, de l'irritabilité et de la nervosité. L'incapacité de travail était complète depuis février 2004 au moins. Concernant la période antérieure, l'expert ne disposait pas d'indications suffisamment claires pour se prononcer. La détérioration sur le plan psychique était évidente entre 1999 et 2004. L'expert n'avait par ailleurs pas de raisons de remettre en question la compliance de l'expertisé en ce qui concerne le suivi des consultations psychothérapeutiques et du traitement médicamenteux. Le traitement anti-dépresseur et anxiolytique était adéquat, mais ne pouvait réparer la perte subie sur le plan narcissique, c'est-à-dire sur le plan des possibilités d'obtenir des valorisations. Le traitement médicamenteux permettait tout au plus une stabilisation relative de l'affection psychique, mais non pas une amélioration. Le recourant subissait par ailleurs indiscutablement une perte de l'intégration sur les plans familial, social et professionnel. L'expert n'a pas constaté de discordance entre les plaintes de l'expertisé et le comportement observé. Tout au contraire, l'épouse de celui-ci a décrit un comportement de son conjoint bien plus perturbé, entravé et réduit que l'expertisé lui-même. Quant au pronostic, l'expert a relevé que le recourant avait peu de chances d'évoluer favorablement.

27. Le 8 juin 2007, le recourant s'est déterminé sur l'expertise judiciaire, en persistant dans ses conclusions. Il a relevé que cette expertise a démontré que son état s'était aggravé dès 2004 au moins et a engendré une incapacité de travail totale.

28. L'intimé a soumis l'expertise judiciaire à l'avis médical du SMR. Dans son appréciation du 15 juin 2007, signée par la Dresse H_____, spécialiste en médecine interne, ce service a indiqué qu'il partageait l'avis de l'expert, pour ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, ainsi que l'évaluation de la capacité de travail. Il a proposé de retenir la date de mars 2001 pour l'aggravation de l'état de santé engendrant une incapacité de travail durable, conformément à l'attestation médicale du Dr A_____ de cette date.

29. Se fondant sur cet avis médical, l'intimé a conclu le 25 juin 2007 à l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant dès mars 2002, en partant d'une aggravation de l'état en mars 2001.

30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le recourant a formé une demande de révision en avril 2003. En application de l'art. 88 bis al. 1 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), le droit à la rente peut naître au plus tôt dès le mois où le recourant a déposé la demande de révision. Partant, les dispositions légales s'appliquent dans leur nouvelle teneur.

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, depuis la décision du 31 mars 2000 de l'intimé, au point de lui ouvrir le droit à une rente.

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Cette disposition reprend pour l'essentiel la teneur de l'art. 41 LAI qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, de sorte que la jurisprudence rendue à ce sujet garde toute sa valeur. Selon celle-ci, tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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).

6. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, la demande de révision doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droit de l'assuré. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies, en vertu de l'al. 4 de cette disposition.

   Toutefois, si l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

   b) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision. Aussi appartient-il au Tribunal de céans de contrôler si une aggravation est réellement intervenue.

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

8. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ;

dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées.

9. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de la loi, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, soit 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

10. En ce qui concerne la valeur probante des expertises effectuées, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

    Cependant, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence,

peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références.

11. En l'espèce, il convient d'admettre que l'expertise judiciaire du Dr G_____ remplit les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante.

    Il résulte de cette expertise que le recourant est atteint d'une affection psychique grave, à savoir d'un épisode dépressif sévère, qui engendre une incapacité de travail totale. Cette appréciation est en outre partagée par le SMR.

    Partant le Tribunal de céans constate que le droit à une rente entière est rempli.

12. Toutefois, il convient de déterminer à partir de quelle date ce droit est né.

    L'expert judiciaire a indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail depuis la fin du stage au CIP. Il estime toutefois qu'une incapacité de travail totale est incontestablement attestée au plus tard dès février 2004, soit dès la prise en charge du recourant par le psychiatre traitant. Selon l'expert, l'état psychique du recourant s'est cependant progressivement aggravé depuis 1994.

    Le SMR a considéré, sur la base de cette expertise et de l'ensemble des pièces médicales, que l'aggravation engendrant une incapacité de travail devrait être admise à partir du moment où le Dr A_____ l'a attestée en avril 2001.

    Il est à rappeler cependant qu'en tout état de cause le droit à la rente peut naître en l'espèce au plus tôt à partir du mois du dépôt de la demande de révision, soit en avril 2003.

    En admettant que la détérioration de l'état psychique était progressive, selon les médecins et l'expert judiciaire, il apparaît que le recourant était, selon toute vraisemblance, déjà en incapacité de travail totale à cause d'un état dépressif sévère au moment où il a déposé sa demande de révision et non pas seulement lorsqu'il a entrepris le traitement chez le Dr B_____, ceci d'autant plus que le Dr A_____ a certifié une aggravation déjà deux ans plus tôt. Par conséquent, il y a lieu de considérer que le droit à une rente a pris naissance le 1er avril 2003 avec le dépôt de la demande de révision.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et une rente entière octroyée au recourant depuis le 1er avril 2003.

14. Dans la mesure où le recourant obtient largement gain de cause, une indemnité de 2000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

15. L'émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé, en application de l'art. 69 al. 1bis LAI qui est entré en vigueur le 1er juillet 2006.

16. a) En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont en principe pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas. Selon la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA, les frais de l'instruction ordonnée dans le cadre de la procédure de recours pouvaient également mis à la charge de l'assureur, lorsque celui-ci aurait déjà dû procéder à l'acte d'instruction en cause dans la procédure administrative qui a précédé la procédure contentieuse (ATF 112 V 334; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2003, p. 456 ch. 11). Par ailleurs, en vertu des art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), il est admissible de faire supporter les frais de procédure par la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté.

    b) En l'espèce, il y a lieu de constater que l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise psychiatrique, suite au dépôt de la demande de révision par le recourant, dès lors que le Dr B_____ a clairement attesté, dans son rapport du 26 mars 2004, un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère. En effet, cet avis n'était pas contesté par un autre spécialiste en la matière. Certes, le Dr E_____ du SMR est psychiatre et s'est prononcé sur ce rapport, tout en s'en écartant. Cependant, le SMR n'a pas procédé à un examen médical du recourant et une simple évaluation d'un trouble psychique sur la base du dossier médical paraît manifestement insuffisant, lorsque le seul rapport y relatif conclut à l'existence d'une pathologie invalidante, comme c'est le cas d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuellement sévère, et que ce diagnostic n'avait pas encore posé dans une procédure précédente. Partant, il convient de considérer que l'intimé a agi avec légèreté en fondant son refus de révision sur le seul avis du Dr E_____, sans soumettre le recourant à un nouvel examen.

    Cela étant, il se justifie de mettre les frais d'expertise de 4'500 fr. à la charge par l'intimé. Celui-ci sera par conséquent condamné au remboursement de ceux-ci.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière dès le 1er avril 2003.

4. Lui octroie une indemnité de 2000 fr. à titre de dépens, à la charge de l'intimé.

5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

6. Condamne l'intimé au paiement des frais de l'expertise judiciaire d'un montant de 4'500 fr.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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