

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2857/2010

ATAS/431/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mai 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur T _____, domicilié à PLAN-LES-OUATES

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en 1960 et d'origine turque, est arrivé en Suisse en avril 1983. En dernier lieu, il a travaillé comme manutentionnaire à la X_____. En raison de douleurs au dos, puis de douleurs ubiquitaires, il quitte cet emploi en 1991 et émarge à l'assurance-chômage, hormis six mois de travail temporaire comme ouvrier dans une usine et deux à trois mois de travail temporaire dans une fabrique de montres en 1993 (cf. rapport COPAI du 7 mai 1996).
2. En mars 1995, il dépose une demande de prestation d'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'examen de celle-ci, il est mis au bénéfice d'une observation professionnelle du 18 mars au 18 avril 1996. Dans son rapport du 7 mai 1996, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) constate que la capacité de charge professionnelle de l'assuré doit être considérée comme nulle, l'atteinte musculaire affectant les positions et gestes de travail étant telle que le rendement est inexploitable dans le circuit économique normal, tant en quantité qu'en qualité. Les capacités physiques et d'apprentissage, extrêmement réduites, ne peuvent être utilisées avec profit dans une activité professionnelle. Seule l'intégration en atelier protégé pourrait être envisagée. Précédemment, le Dr U_____, médecin-conseil du COPAI, constate, dans son rapport médical du 23 avril 1996, que le patient a une personnalité anxieuse et obsessionnelle. Il est affecté d'un syndrome fibromyalgique primaire. Tous les traitements ont échoué et la situation actuelle a peu de chance de se modifier positivement à moyen ou long terme. Le stage au COPAI a confirmé que sa pathologie n'était pas compatible avec une activité professionnelle. Par ailleurs, la composante dépressive réactionnelle, très classique dans ce type de pathologie, constitue un obstacle supplémentaire à une reprise d'activité.
3. Par décision du 14 octobre 1997, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} mai 1996.
4. En mai 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), entame une procédure de révision de rente. Dans le cadre de cette procédure, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr V_____. Dans son rapport du 7 juillet 2005, l'expert retient les diagnostics de fond dysthymique, de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, ainsi qu'une personnalité à traits évitants et obsessionnels. La prise en charge psychothérapeutique a été interrompue en 1996 et l'assuré ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur médicamenteux. Celui-ci admet que son état psychique s'est amélioré depuis trois à quatre ans. Le tableau clinique est actuellement dominé par une symptomatologie algique au niveau lombaire et cervical. Néanmoins, au cabinet, l'assuré ne paraissait ni dolent, ni fortement limité dans ses mouvements et déplacements. Il ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale, mais paraît

avoir au contraire une grande activité associative et peut accomplir de nombreuses tâches domestiques. La capacité de travail est entière, même si l'assuré paraît déconditionné tant au niveau psychologique que physique. Son vocabulaire en français est limité, mais il est en mesure de comprendre les questions et d'y répondre de façon satisfaisante. L'expert ne recommande pas de procéder à un reclassement professionnel qui semble voué à l'échec.

5. Par décision du 24 novembre 2005, l'OAI supprime la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré y forme opposition.
6. En avril 2006, l'assuré est soumis à une expertise par la Dresse W_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 6 juin 2006, elle pose les diagnostics de cervicalgies chroniques, de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs à droite et de lombalgies chroniques. L'assuré se plaint principalement de cervicalgies chroniques irradiant de manière diffuse dans le membre supérieur droit, l'empêchant de bouger et entraînant des troubles du sommeil. Il se plaint également de l'épaule droite qui le limite dans toutes les activités. Toutefois, les radiographies, ainsi qu'une IRM, sont compatibles avec l'âge et n'expliquent pas les douleurs et les limitations fonctionnelles décrites par l'expertisé. Quant aux signes cliniques et radiographiques en faveur d'une tendinopathie chronique du sus-épineux droit, une prise en charge plus spécifique au niveau de l'épaule (infiltrations, physiothérapie spécifique) pourrait être proposée. Concernant la fibromyalgie, il n'y a actuellement pas de critères pour ce diagnostic, hormis les douleurs mal systématisées, la fatigue et les troubles du sommeil. Du point de vue fonctionnel, en raison des douleurs cervicales et de la tendinopathie de l'épaule droite, l'assuré est limité dans le port de charges lourdes, les travaux lourds et les mouvements répétés de l'épaule droite. Il ne peut donc pas reprendre son ancienne activité de manutentionnaire. Dans le cadre d'une activité légère, sans port de charge de plus de 10 kilos, sans mouvements répétés de l'épaule, avec possibilité de changer occasionnellement de position, sa capacité de travail est complète. Selon ce médecin, des mesures de réadaptation seraient par ailleurs souhaitables, l'assuré n'ayant plus travaillé depuis 10 ans. Il est toutefois peu probable que cette réadaptation aboutisse à une réinsertion professionnelle, le stage effectué en 1996 ayant été un échec.
7. En octobre 2006, l'assuré est hospitalisé au Département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une aggravation de la symptomatologie dépressive. Il est ensuite suivi au Centre de thérapie brève (CTB) du 30 octobre au 5 décembre 2006. Dans son rapport d'intervention, le CTB mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et de fibromyalgie. Dans les éléments anamnestiques est indiqué que l'état dépressif est fluctuant, avec une aggravation depuis deux ans. Le médecin psychiatre traitant a prescrit des antidépresseurs. Ces dernières semaines,

l'état dépressif s'est aggravé avec des troubles du sommeil et des cauchemars nécessitant une hospitalisation aux HUG du 24 au 30 octobre 2006. Le médicament Efexor à 300 mg, associé à l'introduction de Trittico et de Zyprexa, est administré. A l'entrée, le CTB constate un ralentissement psychomoteur, une thymie triste, un trouble du sommeil avec cauchemars. L'assuré n'a pas d'idées noires, ni d'idées suicidaires. La symptomatologie dépressive était liée au conflit de couple et à la perte d'autonomie du patient, créant d'importantes tensions au sein du couple. Au cours du suivi, il a pu discuter avec sa femme et clarifier leur situation. Le couple a pris d'un commun accord la décision de partager leurs tâches ménagères et que l'assuré prendrait des cours de français. Il a entrepris des démarches dans ce sens. La clarification de cette situation l'a beaucoup aidé. Il se sentait nettement moins tendu et moins anxieux.

8. Dans son avis médical du 30 janvier 2007, le Dr A_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) indique que l'aggravation psychique est manifestement secondaire à la décision de suppression de rente et se demande si cette réaction a valeur de maladie pour l'assurance-invalidité.
9. Par décision du 17 septembre 2007, l'OAI rejette l'opposition de l'assuré, en niant notamment la valeur de maladie de l'état dépressif.
10. Le 4 mars 2009, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité en précisant qu'il souffre d'une fibromyalgie aigue et chronique, ainsi que d'un problème de cervicales et du dos. Invité par l'OAI à indiquer les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son droit à la rente, l'assuré lui répond, par courrier du 20 mars 2009, que le médecin-conseil de l'époque, après une consultation de 15 minutes, a estimé que son état de santé s'était amélioré, ce qui a entraîné la suppression de la rente d'invalidité. Or, il souffre depuis plusieurs années d'une maladie appelée fibromyalgie chronique aiguë, en plus de douleurs cervicales et dorsales. La suppression de la rente en 2007 l'a complètement anéanti, physiquement, moralement et chroniquement. Il n'était pas parvenu à se remettre de cette décision. Actuellement, son état de santé s'est empiré à tout point de vue et son médecin-traitant, ainsi que son psychologue estiment qu'il est dans l'incapacité physique et psychique de travailler. Il ne comprend par ailleurs pas pourquoi il doit continuer à se justifier sur son état de santé passé et présent, alors que son dossier médical est connu par l'OAI.
11. Suite à la communication d'un projet de décision de refus d'entrer en matière, le Dr B_____ informe l'OAI, par courrier du 20 avril 2009, que son patient n'a jamais présenté une évolution favorable depuis qu'il est suivi par lui. Il a fait plusieurs rechutes de son affection psychiatrique et a été hospitalisé au Département psychiatrique des HUG où les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant

ont été posés. Depuis la suppression de sa rente en 2007, son état psychique et tous les symptômes et signes de son état anxio-dépressif se sont nettement aggravés. Il est totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Sa capacité de travail est nulle.

12. Dans son rapport du 18 mai 2009, le Dr B_____ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une personnalité anxieuse (évitante).
13. Dans son rapport du 27 mai 2009, le Dr C_____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie et cervicalgies sur discopathies et uncarthrose, ainsi que de tendinopathie calcifiante de l'épaule droite. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail et renvoie sur ce point au psychiatre-traitant.
14. En janvier 2010, l'assuré est soumis à une nouvelle expertise par le Dr V_____. Dans son rapport du 23 février 2010, celui-ci pose le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère. A l'examen clinique, il constate notamment que l'assuré est tout à fait soigné de sa personne, qu'il se déplace sans limitations, ne paraît pas dolent ou algique et peut demeurer assis pendant tout l'entretien. Il est courtois, collaborant et répond de manière claire et précise aux questions posées. A deux ou trois moments, il paraît légèrement ému. Il signale être actuellement moins bien psychologiquement. Il manque de motivation et d'entrain, a moins d'énergie et est plus fatigué le matin. Ses plaintes douloureuses ne sont actuellement plus vraiment au premier plan. Il se plaint de lombalgies basses, de cervico-brachialgies à prépondérance droite et mentionne des sensations de fourmillements dans le bras et la main droite. Pour le reste, son statut est inchangé par rapport à son expertise précédente. Dans la discussion du cas, l'expert relève que la symptomatologie dépressive est de gravité légère à moyenne. Il faut tenir compte d'une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des symptômes. L'assuré prend régulièrement son traitement, sauf pour le Sirdalud dont les valeurs ne sont pas détectables. Compte tenu de ce que les plaintes douloureuses ne sont plus au premier plan, l'expert estime que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne peut plus être retenu. La diminution de la capacité de travail est de 20 à 30 %, sous forme d'une baisse de rendement, dans une activité adaptée. Toutefois, dans le questionnaire relatif aux influences des atteintes sur la capacité de travail, l'expert ne retient plus qu'une baisse de rendement de 20 %. Il préconise par ailleurs une augmentation du dosage de l'antidépresseur.
15. Dans son avis médical du 3 août 2010, la Dresse D_____ du SMR déclare ne pas pouvoir adhérer aux conclusions de l'expert, selon lequel il y a une diminution de rendement de 20 à 30 % dans une activité adaptée, dès lors que l'expert a estimé

que le status clinique était superposable à celui constaté lors de l'examen clinique du 8 juin 2005.

16. Par décision du 6 août 2010, l'OAI refuse le droit aux prestations.
17. Par courrier du 25 août 2010 audit office, l'assuré conteste cette décision. Il fait valoir qu'il n'est toujours pas apte à travailler. De plus, il a 50 ans et aucun diplôme, de sorte qu'il lui serait aujourd'hui encore plus difficile de trouver un employeur. Depuis cinq ans, il recherche un emploi et n'a toujours rien trouvé en raison de ses problèmes de santé.
18. A la même date, l'assuré transmet copie de ce courrier au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en lui indiquant qu'il recourt contre la décision de l'OAI.
19. Dans sa réponse au recours du 21 septembre 2010, l'OAI conclut à son rejet en reprenant son argumentation antérieure.
20. Entendu le 13 octobre 2010 par le Tribunal, le recourant déclare ce qui suit :

"Je ne vais toujours pas bien. Je n'arrive notamment pas à dormir, même avec des médicaments. J'ai des douleurs partout et je manque de concentration.

A la question de la Juge de savoir ce qui m'empêche le plus de travailler, je relève que je n'ai plus travaillé depuis 15 à 20 ans. Par ailleurs, j'ai essayé de retrouver du travail, sans succès. Enfin, je pense que je ne pourrais pas travailler à cause des problèmes de concentration et des douleurs.

Les relations avec ma femme ne sont pas très bonnes, notamment du fait que je ne gagne pas d'argent. Elle est souvent énervée contre moi.

Pendant la journée, je regarde la télévision, je me promène ou je vais parfois chez quelqu'un.

Depuis 2 ans, je ne fréquente plus la Maison Populaire de Genève."

21. Par courrier du 15 novembre 2010, la X_____ informe le Tribunal que le salaire mensuel brut d'un manutentionnaire dans cette entreprise en 2009 s'élève à environ 5'400 fr.
22. Par ordonnance du 5 janvier 2011, la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, met en œuvre une expertise psychiatrique et la confie au Dr E_____, psychiatre.

23. Dans son rapport du 24 juin 2011, l'expert judiciaire retient les diagnostics d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité fruste. Il écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les douleurs ne donnant pas lieu à des plaintes insistantes en premier plan. Il estime en outre qu'il existe un contexte ostéo-articulaire qui peut justifier les douleurs signalées. Il écarte le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en l'absence d'une période totalement dépourvue de symptôme dépressif. Dans la discussion, l'expert fait par ailleurs état d'un trouble de la personnalité pour rendre compte du caractère fruste et rigide de l'expertisé qui entraîne une capacité d'adaptation faible. Quant à l'affirmation du recourant, selon laquelle il aurait eu une activité politique dans son pays, celle-ci paraît peu crédible à l'expert, au vu de l'état psychique et mental actuel, ainsi que son mode de vie très limité depuis qu'il est en Suisse. A l'observation clinique, l'expert est principalement frappé par un état psychique fruste et peu différencié, un ralentissement psychomoteur, une absence d'initiative et une grande passivité. C'est également cet état qui semble avoir provoqué l'échec du stage d'observation professionnelle en 1996. Par ailleurs, il semble probable que le recourant ait trouvé un nouvel équilibre psychique entre 1996 et 2005, mais qu'il l'ait perdu en raison de la suppression de sa rente d'invalidité. L'expert judiciaire n'exclut pas que le Dr V_____ ait été amené à sous-évaluer la gravité de l'état psychique du recourant. En effet, l'épouse de celui-ci lui a rapporté que son mari avait peur d'être enfermé en hôpital psychiatrique, s'il disait à cet expert qu'il allait trop mal. Quant à l'interprétation des tests psychologiques réalisés par le Dr V_____, le Dr E_____ fait observer qu'il n'est pas établi que l'expertisé ait véritablement compris les consignes. Ce dernier est narcissiquement très blessé du fait de la perte de sa position de chef de famille, de mari pourvoyeur de moyens économiques, de travailleur et de son autonomie sur le plan financier. Selon l'expert, sa capacité de gain n'a pas évolué depuis 1996. Quant à l'amélioration psychique qui a probablement eu lieu entre 1996 et 2005, elle constitue plus une stabilisation de l'état psychique, en ce que le recourant a été mis à l'abri d'échecs à répétition, qu'une augmentation de la capacité de travail. Cette capacité se situerait très probablement autour des 40 % (mi-temps avec diminution du rendement) dans une activité adaptée et sans tenir compte des limitations physiques. Toutefois, selon l'expert psychiatre, le problème du recourant se situe essentiellement au niveau de son déconditionnement depuis une quinzaine d'années, de sorte que seule une activité en milieu protégé est envisageable. L'état psychiatrique actuel ne justifie pas une évaluation différente de la capacité de travail à celle qui a été faite en 1996, l'expertisé n'ayant pas retrouvé des ressources personnelles supplémentaires. Par ailleurs, le recourant ne présente pas un état psychique cristallisé, soit un conflit intrapsychique résolu par une maladie, mais un état de manque complet de moyens intellectuels et mentaux et une incapacité de compenser les pertes subies, aboutissant à un épuisement psychique. L'incapacité de travail est uniquement due à la maladie. Le traitement médical est adéquat, l'augmentation du traitement médicamenteux pouvant provoquer des effets secondaires potentiellement

dangereux. Le pronostic de l'expert judiciaire est réservé. De l'anamnèse, il ressort que le recourant passe la plupart de ses journées à domicile, mais prend aussi son café avec des connaissances. Il participe ponctuellement aux tâches ménagères et a quelques contacts sociaux. Il a en outre déclaré à l'expert aimer les visites et être en société, et a décrit son moral comme moyennement bon.

24. Le 15 août 2011, le Dr F_____ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Il considère, sur la base des nouveaux documents, que l'aggravation de l'état psychique du recourant a un caractère durable, dès la prise en charge ambulatoire intensive en psychiatrie institutionnelle au CTB. Une amélioration ultérieure ne peut être démontrée, de sorte, qu'il y a lieu d'admettre une incapacité de travail à 100 % dans toute activité dès octobre 2006.
25. Par écriture du 14 septembre 2011, l'intimé persiste dans ses conclusions, en considérant que la dernière décision entrée en force a été rendue le 17 septembre 2007 et que le SMR retient que l'état de santé est resté inchangé depuis octobre 2006, soit à une date qui est antérieure à cette décision.
26. Par arrêt du 9 novembre 2011, la Cour admet le recours, annule la décision querellée et octroie au recourant une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} octobre 2007. Elle considère qu'une aggravation durable, soit d'une année au moins, s'est produite après la dernière décision du 17 septembre 2007, et que celle-ci a entraîné une incapacité de travail totale, ce qui n'était pas non plus contesté par le SMR.
27. Par arrêt du 25 octobre 2011, sur recours de l'OAI, le Tribunal fédéral annule le jugement précité et renvoie la cause à la Cour pour complément d'instruction et nouveau jugement. Ce faisant, notre Haute Cour expose ce qui suit:

"5.4 En l'occurrence, l'expertise du docteur E_____, sur laquelle la juridiction cantonale a fondé l'essentiel de ses considérations, ne procède pas à une analyse précise de l'exigibilité à l'aune des critères [relatifs aux syndromes sans pathologie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique]. Si le docteur E_____ a discuté de la question de l'exigibilité, il a néanmoins précisé que son appréciation était basée plus sur le caractère extrêmement fruste de l'intimé et un déconditionnement psychique et physique prolongé que sur une atteinte psychiatrique dépressive. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité ou son acuité, cette justification, qui fait d'ailleurs intervenir en partie des facteurs extra-médicaux (déconditionnement, difficultés d'adaptation), ne suffit pas à expliquer les raisons pour lesquelles l'intimé ne pourrait pas, d'un point de vue objectif, surmonter les effets du syndrome par un effort de volonté raisonnablement exigible. Eu égard au caractère sommaire des explications fournies par ce médecin, l'expertise du docteur E_____ n'est pas de nature à permettre de se prononcer sur le droit à la rente de l'intimé."

28. Après avoir communiqué aux parties les questions à poser au Dr E_____ dans le cadre d'un complément d'expertise, l'intimé s'est opposé à ce qu'il soit demandé à l'expert si la comorbidité psychiatrique doit être qualifiée d'importante, estimant que le Tribunal fédéral avait déjà nié l'existence d'une telle comorbidité.
29. Par ordonnance du 19 décembre 2012, la Cour a mandaté le Dr E_____ pour un complément d'expertise.
30. Dans son expertise complémentaire du 28 février 2013, l'expert nie l'existence d'une fibromyalgie ou d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, contestant ainsi l'application des critères élaborés par le Tribunal fédéral pour juger du caractère invalidant d'une telle affection. Selon l'expert, le recourant souffre d'atteintes de l'épaule droite, de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, tout en mettant en exergue que la Dresse W_____ a écarté le diagnostic de fibromyalgie. Le Dr V_____ n'a pas non plus retenu un syndrome somatoforme douloureux persistant. Lors de l'entretien avec le recourant, l'expert constate par ailleurs que la symptomatologie douloureuse prend toujours peu de place dans la rubrique des plaintes. Selon l'expert, l'état dépressif est en rapport avec la perte narcissique subie par le recourant, du fait qu'il est incapable d'effectuer son ancien travail de manutentionnaire et de trouver un travail plus adapté à ses limitations. Le trouble dépressif est aussi réactionnel à la charge qu'il représente pour sa famille. L'octroi d'une rente d'invalidité a permis de compenser partiellement cette perte narcissique, mais la suppression de la rente l'a replongé dans une position de "parasite toléré" dans la famille et provoqué un nouvel état dépressif. Il n'y a pas de rapport entre les douleurs chroniques et l'état dépressif, étant précisé que le recourant semble pouvoir surmonter les douleurs. Ainsi, la symptomatologie dépressive constitue un diagnostic indépendant de la symptomatologie douloureuse. Les affections psychiatriques ne sont pas importantes par leur gravité et leur acuité. Elles correspondent à un état peu grave en soi, mais insurmontable par le recourant dans cette situation. L'affection psychiatrique est importante quant à sa durée. Il s'agit d'un état maladif figé sur plusieurs années, sans rémission durable. Les traitements ambulatoires stationnaires conformes aux règles de l'art ne permettent pas de modifier cet état, celui-ci étant lié au manque de ressources personnelles de l'expertisé pour compenser l'atteinte physique et la perte du statut social et familial. L'expert confirme que la capacité de travail du recourant est toujours nulle au vu de ses faibles ressources personnelles tant sur le plan intellectuel que sur le plan affectif.
31. Dans son avis médical du 12 mars 2013, le Dr G_____ du SMR constate que l'analyse de l'expert semble être basée sur le caractère extrêmement frustré de l'assuré et un déconditionnement psychique et physique et non pas sur une atteinte psychiatrique dépressive d'un degré suffisant pour être considéré comme une comorbidité psychiatrique importante. Le médecin du SMR n'adhère pas à

l'évaluation de l'exigibilité faite par l'expert considérant que ses conclusions ne sont pas convaincantes ni motivées ni cohérentes.

32. Dans sa détermination du 26 mars 2013, l'intimé dénie toute valeur probante au complément d'expertise, estimant que l'expert a mal interprété le but de sa mission. Selon l'intimé, les exigences jurisprudentielles posées en matière de troubles somatoformes douloureux ne sont nullement remplies en l'espèce pour connaître un caractère invalidant à ce trouble. L'intimé persiste ainsi dans ses conclusions.
33. Par écriture du 16 avril 2013, le recourant maintient ses conclusions. Il fait valoir que la maladie est avérée et que, suite aux douleurs, un état dépressif s'est développé. Il exprime son incompréhension devant l'affirmation de l'intimé qu'il peut surmonter les douleurs, en relevant qu'il en souffre 24 heures sur 24. Il ne comprend pas non plus les raisons du refus, alors qu'il a été reconnu invalide pendant 15 ans. Le recourant met enfin en exergue qu'il souffre d'une fibromyalgie et d'apnées du sommeil.
34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence et la recevabilité ont déjà été tranchées dans le jugement précédent de la Cour de céans. Il sied par ailleurs de renvoyer aux considérants 4 à 7 de son jugement, ainsi au considérant 5.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral rendus dans la présente affaire, en ce qui concerne les conditions de la révision, les principes de procédure et la définition de l'invalidité, en particulier en présence d'une symptomatologie somatique sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique.
2. Quant à la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé postérieurement à la dernière décision sur opposition du 17 septembre 2007, elle peut rester ouverte au vu de ce qui suit.
3. a) S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, le Tribunal fédéral a considéré in casu au considérant 5.1. de son arrêt que "Le tableau clinique présenté par [le recourant] est caractérisé principalement par la présence de douleurs multiples et diffuses associées à une symptomatologie dépressive, qualifiée de légère aussi bien par le Docteur V_____ et par le Docteur E_____". Notre Haute Cour a ainsi jugé qu'il y avait lieu d'apprécier la capacité de travail en fonction des critères dégagés par la jurisprudence pour évaluer le caractère invalidant d'une symptomatologie douloureuse non objectivable.

Dans son complément d'expertise, l'expert judiciaire conteste que le recourant est atteint d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou d'une fibromyalgie. Il estime que l'expertisé souffre d'une atteinte dégénérative des articulations sollicitées

par un travail physique dès son plus jeune âge. Il retient aussi que ces atteintes sont documentées et qu'il est admis par les experts que le recourant ne peut plus travailler dans son ancienne activité pour des raisons physiques.

Toutefois, le Tribunal fédéral a admis une symptomatologie douloureuse non objectivable, ce qui lie la Cour. Par ailleurs, il est inexact que le recourant souffre uniquement d'atteintes dégénératives avec un substrat organique. En effet, la Dresse W_____ a constaté en 2006 que les examens radiologiques étaient compatibles avec l'âge et n'expliquaient pas les douleurs et les limitations fonctionnelles décrites par le recourant. D'un point de vue fonctionnel, le recourant n'était limité que dans le port de charges lourdes, dans les travaux lourds et les mouvements répétés de l'épaule droite, en raison des douleurs cervicales et de la tendinopathie de l'épaule droite. Dans le cadre d'une activité légère, sans port de charges de plus de 10kg, sans mouvements répétés de l'épaule, avec possibilité de changer occasionnellement de position, sa capacité de travail était complète.

b) Dans l'appréciation des critères jurisprudentiels relatifs à l'évaluation du caractère invalidant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique, il convient de constater que le recourant présente certes une comorbidité grave par sa durée, mais non pas par sa gravité et son acuité, selon l'expert judiciaire. Ce critère n'est donc pas rempli. Toutefois, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et la présence d'affections corporelles chroniques (cervicalgies et tendinopathie chroniques de l'épaule droite) doivent être admis. Quant aux traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, il ne semble pas que le recourant ait tout entrepris pour soigner la tendinopathie de l'épaule, étant rappelé que la Dresse W_____ avait préconisé en 2006 une prise en charge spécifique de cette articulation par des infiltrations et une physiothérapie. Le Dr V_____ a outre estimé que le traitement dépressif pourrait être augmenté. Il ne peut donc être retenu que tous les traitements ont échoué. Il n'y a pas non plus une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, le recourant étant entouré par sa famille et ayant encore d'autres contacts sociaux. Enfin, il ne présente pas un état psychique cristallisé, selon l'expert judiciaire.

Au vu de ce qui précède, il appert que seuls deux critères sur cinq sont remplis, en dehors de la comorbidité psychiatrique, laquelle ne peut cependant être qualifiée de grave. Dans ces conditions, d'un point de vue juridique, le caractère invalidant des atteintes à la santé doit être nié, même si médicalement parlant la capacité de travail est considérée comme nulle.

Le recourant ne comprend pas pourquoi aujourd'hui son invalidité n'est pas reconnue, alors qu'elle l'a été pendant 15 ans. A cet égard, il y a lieu de lui rappeler que le Dr V_____ avait constaté en 2005 une amélioration de son état psychique et que le recourant n'avait pas contesté la décision sur opposition du 17

septembre 2007 supprimant la rente d'invalidité. S'il estimait que cette décision était erronée, il lui aurait fallu la contester. Ayant omis de le faire, la Cour ne peut plus examiner si cette décision était conforme au droit. Elle peut uniquement prendre en considération la survenance d'une aggravation de l'état de santé après cette décision. Certes, par rapport à 1997, date à laquelle le recourant avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, son état de santé ne s'est aujourd'hui assurément pas amélioré. Cependant, les critères d'appréciation de la capacité de travail dans le cadre d'une fibromyalgie ou de toute autre symptomatologie douloureuse non objectivable ont changé. Alors qu'en 1997 le caractère invalidant de telles atteintes était encore reconnu, cela n'est le cas qu'exceptionnellement à l'heure actuelle, la jurisprudence ayant fixé des conditions très restrictives pour la reconnaissance d'une invalidité des personnes souffrant de ces pathologies.

Cela étant, l'intimé était fondé de refuser le droit à la rente, en dépit de l'aggravation de l'état psychique.

4. Ainsi, le recours sera rejeté.
5. Dans la mesure où le recourant succombe, il sera condamné au paiement d'un émolument de justice de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Rejette le recours.
2. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge du recourant.
3. 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; RS 173.110); 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

Diana ZIERI

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