

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3121/2007

ATAS/265/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 6 mars 2008

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Christine TARRIT-DESHUSSES
et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G_____, marié et père de deux enfants, d'origine portugaise, a travaillé à plein temps en tant que chauffeur de petits engins pour la Ville de Genève dès le 3 janvier 1994. A ce titre, son salaire annuel s'élevait à 70'164 fr. (5'431 fr. 85 x 13 mois).
2. Dès le mois de mars 2000, il a souffert de douleurs lombaires et cervicales et a consulté la doctoresse L_____, son médecin traitant, laquelle l'a mis en arrêt de travail à 100 % du 20 mars au 9 avril 2000. L'assuré a ensuite recommencé à travailler, mais a subi un nouvel arrêt de travail à 100 % le 13 septembre 2000 qui a perduré jusqu'à ce jour.
3. Le 17 août 2000, sur requête du médecin traitant, le docteur M_____, spécialiste en radiologie, a effectué une radiographie cervicale ainsi que des radiographies de la colonne dorsale et lombaire. Il a notamment diagnostiqué des troubles statiques du rachis cervical sous forme de scoliose à convexité droite et diminution de la lordose physiologique, un bloc congénital en C2-C3 avec vestige de disque, une ostéophytose antérieure étagées avec discopathies en C5-C6, C6-C7 et C7-D1, des troubles statiques du rachis dorsal sous forme de scoliose et une dégénérescence discale focalisée.
4. Le 23 octobre 2000, les doctoresses N_____, O_____ et P_____, de la division de pharmacologie et de psychiatrie de liaison des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur discopathie C5-C6, C6-C7, C7-D1 et L5-S1, un état anxieux dépressif avec crises de panique et une tendinite à l'épaule gauche. Les éléments relevés tant à l'anamnèse qu'au status, à savoir une fatigue généralisée et une fatigue musculaire, une perte de poids de 6 kilos en un mois et demi ainsi que des douleurs musculaires, articulaires et cutanées leur semblaient difficiles à intégrer dans une pathologie définissable. Ces praticiennes ont relevé que le patient devait reprendre rapidement le travail, quelques heures par jour au début, puis à raison de 50 % d'ici la fin du mois.
5. Le 16 novembre 2000, le docteur Q_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a posé le diagnostic de polyalgies erratiques et de fibromyalgie associée à un état anxio-dépressif. Il a relevé des points douloureux compatibles avec le tableau clinique de fibromyalgie et a indiqué que les tests de Waddell étaient positifs. Une reprise progressive du travail était à envisager dans un mois.

6. Le 14 février 2001, il a conseillé une hospitalisation de l'assuré dans la mesure où ce dernier n'avait pas pu reprendre le travail suite aux douleurs lombaires, alors même que ce médecin avait exclu une atteinte inflammatoire articulaire et notamment rachidienne. L'intéressé avait commencé un traitement antidépresseur, mais avait présenté des effets secondaires sous forme d'une impuissance, ce qui avait motivé la fin du traitement. Un programme de réadaptation durant trois semaines en milieu hospitalier s'imposait.
7. L'assuré a séjourné aux HUG du 12 au 23 mars 2001. Le 15 mars 2001, les docteurs R_____ et S_____, du département de psychiatrie des HUG, ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et un syndrome douloureux chronique. Le 23 mars 2001, les docteurs T_____ et U_____, de la division de rhumatologie, ont diagnostiqué une fibromyalgie, une dépression modérée ainsi que des lombalgies chroniques. L'existence concomitante d'un syndrome douloureux chronique et la présence de nombreux points douloureux (16 points positifs sur 18) permettaient de poser le diagnostic de fibromyalgie.
8. Le 28 mars 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
9. Le 19 avril 2001, la doctoresse L_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel elle a diagnostiqué un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, une fibromyalgie, des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire et sur discopathies C5-C6, C6-C7, C7-D1 et L5-S1, des céphalées chroniques sur probable instabilité cervicale-rétrothésis de C4 ainsi que des gonalgies aiguës gauche sur lésion méniscale et sur tendinopathie. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées, bien que ce dernier ne soit pas en mesure de travailler dans l'immédiat.
10. Le 2 août 2001, le docteur Q_____ a posé les mêmes diagnostics que précédemment en mentionnant que la précédente activité de l'assuré n'était pas exigible, mais que ce dernier pouvait exercer une autre activité sédentaire et dépendant de son état psychologique.
11. Le 24 octobre 2001, le docteur V_____, médecin psychiatre qui suivait l'intéressé, a également diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un épisode dépressif léger. Il a décrit l'état de santé de l'intéressé comme stationnaire. Ce dernier ne présentait pas de trouble de la personnalité. Le médecin a expliqué que, selon l'assuré, les troubles présentés entraînaient une perte de la capacité de travail, alors que, à son avis, le trouble thymique n'était pas la raison de son incapacité de travail.

12. Le 22 novembre 2001, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) a considéré que l'activité habituelle était exigible à 100 % dans la mesure où de nombreuses investigations avaient permis d'écarter une maladie somatique responsable des douleurs. Les avis spécialisés ainsi qu'une hospitalisation en mars 2001 avaient confirmé le diagnostic de fibromyalgie, de dépression modérée et de lombalgies chroniques sans pathologie ostéoarticulaire significative. Le psychiatre avait posé le diagnostic d'épisode dépressif léger en écartant tout trouble de la personnalité et avait estimé que l'incapacité de travail n'était pas due au trouble thymique. Les troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale et des genoux étaient mineurs. Selon le SMR Léman, ni l'épisode dépressif taxé de léger à moyen ni la fibromyalgie n'avaient valeur d'invalidité.
13. Par décision du 19 avril 2002, l'OCAI a estimé que l'atteinte à la santé présentée par l'assuré n'avait pas valeur d'invalidité, raison pour laquelle la demande de prestations de l'assurance-invalidité était rejetée.
14. Par courrier du 22 mai 2002, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision par l'entremise de son conseil. Tout en sollicitant un délai supplémentaire afin de compléter son recours, il a conclu à l'octroi d'une rente entière après qu'un examen complémentaire et approfondi de son état de santé ait été effectué. Il a contesté l'appréciation de l'OCAI en relevant que celui-ci s'était uniquement basé sur le rapport du SMR Léman sans tenir compte des avis médicaux des médecins, lesquels constataient une atteinte à sa santé.
15. Le 17 juin 2002, il a produit un certificat établi par le docteur Q_____ en date du 13 juin 2002 attestant de ses problèmes rhumatologiques chroniques et notamment de sa fibromyalgie. Ce praticien a relevé que ces dernières années, c'était surtout l'état psychiatrique de l'assuré qui l'empêchait de reprendre une activité professionnelle.
16. Le 20 juin 2002, le recourant a demandé au Tribunal de céans d'ordonner une expertise neutre au cas où il n'entendrait pas suivre les avis unanimes des médecins indépendants de l'assurance-invalidité estimant qu'il ne souffrait pas d'une simple fibromyalgie tout en produisant un rapport établi par les doctresses N_____ et P_____, du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG en date du 30 avril 2002. Ces dernières ont diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur discopathie C5-C6, C6-C7, C7-D1 et L5-S1 et un état anxio-dépressif. Elles avaient revu l'assuré en consultation ambulatoire les 18 et 22 avril 2002. L'anamnèse et le status évoquaient la présence de rachialgies nociceptives diffuses liées à des troubles dégénératifs étagés du rachis objectivés sur des examens radiologiques en 2000. Un état dépressif associé à un état anxieux

contribuaient fortement à baisser le seuil de tolérance à la douleur. Il leur semblait nécessaire qu'un médecin soit formellement proposé pour effectuer une expertise avec un examen psychiatrique et neuropsychiatrique. Sur le plan de l'évaluation du travail, il était évident pour tout clinicien que le patient était incapable de travailler, en raison du désarroi et de la recrudescence des douleurs à la mobilisation. De plus, le patient présentant des troubles cognitifs, il leur semblait difficile d'envisager la conduite d'engins.

17. Le 11 septembre 2002, le recourant a transmis au Tribunal de céans un certificat médical complémentaire établi par le docteur M_____, radiologue, le 23 août 2002 ainsi que la décision d'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % prise par la Caisse d'assurance du personnel de la ville de Genève et un courrier du Conseil administratif de la ville de Genève du 17 juillet 2002. Le médecin avait effectué une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée le 22 août 2002 et avait posé le diagnostic de canal lombaire constitutionnel étroit et d'ébauche d'hernie discale sous-ligamentaire en L5-S1, de localisation paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural, à l'émergence de la racine S1, mais sans tuméfaction ni refoulement de cette dernière.
18. Par préavis du 23 septembre 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en alléguant que, contrairement à l'avis du recourant, le rapport du SMR Léman expliquait très clairement que de nombreuses investigations avaient permis d'écartier une maladie somatique responsable de ces douleurs. Les avis spécialisés ainsi que l'hospitalisation en mars 2001 avaient confirmé le diagnostic de fibromyalgie, de dépression modérée et de lombalgies chroniques sans pathologie ostéoarticulaire significative. Un avis psychiatrique demandé lors de l'hospitalisation confirmait la présence d'un épisode dépressif moyen et d'un syndrome douloureux chronique sans éléments de la lignée psychotique. Une expertise complémentaire n'était pas justifiée.
19. Le 28 février 2003, le recourant a produit un rapport établi le 18 février 2003 par le docteur W_____, son nouveau médecin traitant, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce praticien a confirmé qu'il suivait l'assuré depuis le 28 octobre 2001 et qu'il avait remplacé le docteur V_____. Le recourant présentait des douleurs au niveau de la colonne vertébrale et des jambes qui allaient progressivement s'aggraver. Il était anxieux et avait peur d'avoir un cancer, souffrait de troubles du sommeil, une fatigabilité accrue et une irritabilité, avec des crises de paniques occasionnelles. Le syndrome fibromyalgique était prédominant. Le médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à léger et de troubles paniques, mais il restait à l'assuré une certaine capacité à affronter les difficultés de la vie, raison pour laquelle ce dernier présentait une capacité de travail de 50 %.

20. Le 29 octobre 2003, le Tribunal de céans a demandé aux docteur Q_____, V_____, W_____ et L_____ de se prononcer sur la présence ou l'absence des critères retenus par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) afin de déterminer le caractère invalidant ou non de la fibromyalgie présentée par le recourant et de lui transmettre leur remarques à propos du rapport du SMR Léman.
21. Le 9 décembre 2003, le docteur V_____ a relevé une comorbidité psychiatrique en indiquant que les symptômes étaient légers et en rapport avec la situation difficile du recourant, sans emploi et dans l'attente d'une rente, mais a considéré que la structure de la personnalité du recourant ne comportait pas de traits prémorbides. Pour le reste, il a décelé la présence d'autres critères tels que les affections corporelles chroniques, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable et la durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution. Le recourant demeurait toutefois intégré socialement.
22. Le 22 décembre 2003, le docteur Q_____ a conclu à l'absence de structure de la personnalité avec traits prémorbides et de comorbidité psychiatrique et à la présence des autres critères, à savoir les affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, le caractère chronique de la maladie sans rémission durable, la durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et l'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Sur les critères pour la recommandation de refus de rente, il a relevé la présence d'une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé et d'allégation d'intenses douleurs aux caractéristiques restant vagues. Pour le reste, il ne s'est pas prononcé.
23. Le 24 novembre 2003, le docteur W_____ a rappelé que l'assuré présentait à son avis une incapacité de travail de 50 % et qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du rapport du SMR Léman dans la mesure où ce dernier ne faisait pas une étude exhaustive des pathologies concernant le recourant et que ses conclusions n'étaient pas très étayées. Parmi les critères permettant de se prononcer sur la gravité de la fibromyalgie, il a relevé la présence des mêmes critères que le docteur Q_____, mais son avis a divergé en ce qui concernait la présence de comorbidité psychiatrique (il a conclu à la présence de ce critère) et la perte d'intégration sociale (qui, à son avis, était absente). Il a précisé que le patient ne tirait aucun profit de la maladie. Il n'a relevé la présence d'aucun critère pour la recommandation de refus de rente et a qualifié le degré de gravité du trouble somatoforme douloureux de « moyen ».
24. Le 4 novembre 2003, la doctoresse L_____ a rappelé ses précédents diagnostics en ajoutant que l'assuré souffrait également de gonalgies chroniques gauche sur gonarthrose et sur probable lésion méniscale interne. Elle a joint un rapport du docteur A_____ du département de chirurgie des HUG du 8 janvier 2002 diagnostiquant un début de gonarthrose, une tendinite chronique du tendon

rotulien ainsi qu'une discrète lésion méniscale interne de type dégénératif. En ce qui concernait la capacité de travail du recourant, le médecin traitant a estimé qu'il n'y avait pas de compensation adéquate sur le plan clinique tant au niveau physique que psychique et que son état de santé actuel ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit. Quant aux critères permettant de se prononcer sur le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux, elle a relevé les mêmes que le docteur W_____ tout en relevant cependant que la personnalité du recourant présentait une structure avec traits prémorbides.

25. Appelé à se déterminer, le recourant a contesté le 16 février 2004 que les médecins attribuaient de manière unanime ses douleurs à une fibromyalgie, puisque les doctoresses L_____, N_____ et P_____ avaient posé des diagnostics s'écartant de cette conclusion. Elles avaient fait état de rachialgies ainsi que de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur séquelle d'une ancienne maladie de Sheuermann et sur discopathie C5-C6, C6-C7, C7-D1 et L5-S1. Les différentes imageries médicales pratiquées par le docteur M_____ soulignaient les nombreuses anomalies ou troubles de la colonne vertébrale dont il souffrait. Par ailleurs, dans le rapport du 4 novembre 2003 de la doctoresse L_____, la fibromyalgie y figurait parmi d'autres atteintes à la santé. Réduire les multiples troubles du recourant à une simple fibromyalgie revenait à orienter le diagnostic afin de faire dépendre de la seule présence de troubles psychologiques graves l'issue de la procédure.
26. Le 4 février 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en joignant un nouvel avis médical du SMR Léman du 29 janvier 2004. Ce dernier a d'abord souligné qu'il était admis que l'appréciation de la fibromyalgie du recourant ne découlait pas d'une appréciation mathématique mais que cette évaluation était basée sur une appréciation globale, à savoir le cumul de différents critères dont certains éléments étaient plus déterminants que d'autres. Il relevait que l'appréciation de la doctoresse L_____ différait sensiblement de celle des docteurs V_____ et W_____, spécialistes en psychiatrie, ainsi que de celle du docteur Q_____, spécialiste en rhumatologie. La gravité du trouble était estimée comme moyenne selon le docteur W_____. Le seul fait objectif demeurait la présence de lésions dégénératives modérées du rachis, qui ne pouvaient expliquer l'ensemble des plaintes. Il n'y avait pas de troubles de la personnalité ni de comorbidité psychiatrique importante ni de perte d'intégration sociale, ainsi que l'avaient souligné les deux médecins psychiatres, dont les avis l'emportaient sur celui de la doctoresse L_____, médecin traitant.
27. Par arrêt du 15 juin 2004, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OCAI du 19 avril 2002 et dit que le recourant avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2001 et a renvoyé la cause à l'OCAI pour une nouvelle décision dans le sens des considérants.

28. Par courrier du 23 août 2004, l'OCAI a interjeté recours de droit administratif contre le jugement du 15 juin 2004. L'OCAI conclut principalement à l'annulation de l'arrêt du 15 juin rendu par le Tribunal de céans et à la confirmation de sa décision du 19 avril 2002. Subsidiairement, l'OCAI demande l'annulation de l'arrêt du 15 juin 2004 rendu par le Tribunal de céans et le renvoi de la cause à son Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
29. A la suite du recours de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a admis le recours et annulé le jugement du Tribunal de céans du 15 juin 2004 ainsi que la décision de l'OCAI du 19 avril 2002 et renvoyé la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Dans ses considérants, le TFA relève que « quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part ».

30. En date du 4 mai 2006, l'OCAI a mandaté les docteurs B_____, médecin interne FMH, C_____, psychiatre FMH et D_____, rhumatologue FMH aux fins d'expertiser Monsieur G_____.
31. Rendant leur rapport le 30 novembre 2006, les experts ont relevé « en conclusion, les affections somatiques et psychiques ont une influence substantielle sur la capacité de travail de l'expertisée. Du fait des limitations fonctionnelles liées aux diagnostics médicaux, il convient de considérer que la capacité de travail résiduelle actuelle de l'expertisé, dans l'activité adaptée, est effectivement limitée, mais reste exigible à un taux de l'ordre de 50%. L'obtention de la capacité de travail résiduelle de 50% nécessite la poursuite du traitement médico-psychologique. L'adaptation de la médication pharmacologique pourrait laisser entrevoir une certaine amélioration en cas d'adhésion et de succès thérapeutique ».
32. Examinant ce rapport d'expertise, le SMR a conclu au fait que les limitations fonctionnelles sont compatibles avec l'activité habituelle qu'exerçait l'assuré en 2000 et maintient son appréciation sur la capacité de travail telle qu'énoncée dans son rapport d'examen du 22.11.2001.

33. Sur la base du rapport du SMR, l'OCAI refusant, par décision du 13 juin 2007, toutes prestations a rejeté la demande de Monsieur G_____.
34. Par courrier du 17 août 2007, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision par l'entremise de son conseil. Tout en sollicitant un délai complémentaire pour compléter son recours, il a conclu à l'octroi d'un trois quart de rente. Il a contesté, en particulier, le refus de rente proposé par l'OCAI au motif que les experts du COMAI mandatés par l'OCAI ont rendu, en date du 30 novembre 2006, une expertise concluant à une capacité résiduelle de travail de 50%.
35. En outre, Monsieur G_____ a sollicité l'indication des spécialisations de la Dresse E_____ et du Dr F_____ afin de savoir si leurs critiques de l'expertise, effectuée par le COMAI le 30 novembre 2006, émanent de spécialistes exerçant leur profession dans des domaines médicaux en relation avec les troubles dont il souffre.
36. Par préavis du 1^{er} octobre 2007, l'OCAI a proposé le rejet du recours en alléguant notamment que le SMR a la compétence pour constater que l'ensemble des éléments indiqués dans son avis du 7 mars 2007 conduit à mettre sérieusement en doute les conclusions des experts.
37. Par courrier du 8 octobre 2007, Monsieur G_____ a insisté pour connaître la spécialisation de Madame H_____ et de Monsieur F_____.
38. Par courrier du 16 octobre 2007, considérant que la spécialisation était sans importance, l'OCAI précise que la Dresse E_____ avait une spécialisation en anesthésiologie en plus de la formation dispensée par le SMR.
39. Complétant son recours le 6 novembre 2007, Monsieur G_____ persiste dans les termes de son recours et conclut à l'octroi d'une rente invalidité de 50%.

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).

La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interpellé par le Tribunal de céans, le 20 août 2007 au sujet de la preuve de la réception de la décision du 13 juin 2007 (récépissé de la poste), l'OCAI ne s'est pas prononcé à ce sujet.

Considérant que la décision de l'OCAI a été reçue le 18 juin 2007, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA)

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 15 juin 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).
4. Le litige porte essentiellement sur la spécialisation des experts et des médecins du SMR au sujet de l'appréciation du degré de capacité de travail et sur la question du caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre le recourant.

Dans son arrêt du 23 février 2006, le Tribunal fédéral des assurances a bien mis en évidence la nécessité de compléter l'instruction du dossier notamment par une

expertise pluridisciplinaire qui devait comporter, en tout cas, un volet rhumatologique et psychiatrique.

Dans un arrêt du 21 avril 2004 (I 621/03), le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que les constatations faites par les spécialistes du COMAI revêtent plus de poids que l'appréciation de l'incapacité de travail par les médecins traitants de l'assuré.

Force est de constater que l'OCAI a, en raison de l'insistance du recourant, indiqué que les médecins du SMR qui ont critiqué l'expertise, avaient une formation d'anesthésistes qui n'est pas une spécialisation comme pouvait l'entendre le Tribunal fédéral des assurances qui renvoyait la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire, notamment par une expertise pluridisciplinaire menée, en particulier, par un rhumatologue et par un psychiatre. Il convient donc de se référer aux conclusions des experts mandatés par le COMAI.

En outre, le Tribunal fédéral a encore précisé que « quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, p. 2007 ss). » (ATF 132 V 65 consid. 4.3.)

Cette expertise, menée sous l'égide de la POLYCLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE de Lausanne, fonctionnant comme COMAI, par le Dr. B_____, médecin interniste, le Dr. C_____, psychiatre et le Dr. D_____ rhumatologue aboutit à la conclusion d'une capacité résiduelle, dans une activité adaptée, et non plus dans l'ancienne activité, exigible à un taux de l'ordre de 50%. La capacité de travail a été nulle depuis le mois de septembre 2000 et est de 50 % probablement depuis le deuxième trimestre de l'année 2001. L'activité adaptée est un travail simple, physiquement léger et qui respecte les limitations fonctionnelles décrites. Les experts précisent encore que cette capacité résiduelle de 50% nécessite la poursuite du traitement médico-psychologique. Les experts relèvent encore que « l'importance des symptômes douloureux, leur intrusion dans tous les domaines existentiels de l'expertisé et leur évolution chronique, permettent de définir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qui s'était révélé dès 2000, sous la forme d'un syndrome

fibromyalgique. Cette expertise, qui revêt pleine force probante, sera suivie. On rappellera en effet que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

5. L'art. 4 al.1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, 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 malade - 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. 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 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01).

Dans un arrêt récent non publié ATFA du 9 septembre 2003 en la cause I 423/03, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, lorsqu'il s'était agi d'évaluer l'invalidité d'assurés souffrant de fibromyalgie, la jurisprudence s'était parfois inspirée des principes (cf. VSI 2000 p. 154-155 consid. 2c, 160-161 consid. 4b) qui s'appliquent pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes

douloureux (ATFA non publié du 10 mars 2003 en la cause I 721/02. et ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Le Tribunal fédéral s'était alors référé à l'opinion de D., médecin-chef du Service ambulatoire de la Clinique X., qui estimait que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (« Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ? », in : Revue médicale de la Suisse Romande 2001, p. 443 ss, sp. 446). La question de savoir si ces principes pouvaient s'appliquer tels quels en cas de fibromyalgie avait été laissée indécise, dès lors qu'un cumul de critères au sens de la jurisprudence n'était de toute manière pas réalisé.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine).

Le TFA a encore souligné qu'il est erroné de prétendre que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale (ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause I 275/01 et ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 783/01)

6. En l'espèce, l'OCAI estime, sur la base du rapport du SMR qui ne peut notamment pas considérer le trouble de l'humeur comme comorbidité psychiatrique invalidante et, qu'en présence d'un syndrome douloureux somatoforme, il relève l'absence de trouble de la personnalité ou autre pathologie psychiatrique incapacitante et enfin met en exergue la discordance entre les plaintes et le status neurologique, que le recourant a une capacité normale de travail.

Pour leur part, les experts mandatés par le COMAI, à savoir le Dr. B _____, médecin interniste, le Dr. C _____, psychiatre et le Dr. D _____ rhumatologue concluent, dans leur appréciation du cas, à l'existence d'un épisode dépressif moyen avec une composante anxieuse et un syndrome douloureux chronique. De plus, ils ont constaté que les plaintes concernant les douleurs rachidiennes et plus globalement les douleurs musculo-squelettiques diffuses persistaient.

Enfin, les experts relèvent dans leur rapport que l'importance des symptômes douloureux, leur intrusion dans tous les domaines existentiels de l'expertisé et leur évolution chronique, permettent de définir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qui s'est révélé dès 2000, sous la forme d'un syndrome fibromyalgique.

En conclusion, les experts relèvent que les affections somatiques et psychiques ont une influence substantielle sur la capacité de travail de l'expertisé. Du fait des limitations fonctionnelles liées aux diagnostics médicaux, il convient de considérer que la capacité de travail résiduelle actuelle de l'expertisé, dans une activité adaptée, est effectivement limitée, mais reste exigible à un taux de l'ordre de 50%, ce depuis le 1er avril 2001. L'obtention de la capacité de travail résiduelle de 50% nécessite la poursuite du traitement médico-psychologique, ainsi qu'une aide au placement. L'adaptation de la médication pharmacologique pourrait laisser entrevoir une certaine amélioration en cas d'adhésion et de succès thérapeutique.

7. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis l'entrée en

vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

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 (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

8. En l'espèce, l'ancienne activité de conducteur de petites machines n'est plus possible selon les experts, une activité adaptée devant être simple et légère, et respecter les limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, le recours sera admis, et le dossier renvoyé à l'OCAI pour calcul du taux d'invalidité, étant précisé que le droit à la rente prendra effet au 1er septembre 2001, en application de l'article 29 LAI.
9. Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens qui seront fixé en l'espèce à 1'500 fr. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule la décision de l'OCAI du 13 juin 2007.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul du taux d'invalidité, avec effet au 1er septembre 2001 et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Yaël BENZ

Georges ZUFFEREY

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