REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3282/2006 **ATAS/814/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 16 juillet 2007

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ANTOINE Béatrice	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. M. P_____ (ci-après : l'assuré), né le 1946, carreleur, a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité du 1er août 1988 jusqu'au 1er septembre 1990 suite à un accident ayant entraîné une lésion de la main droite.

2. Le 21 juillet 1998, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI en raison de problèmes au dos, aux intestins et à la prostate.

3. Le 7 août 1998, le Dr. A_____, médecin interne rhumatologue FMH, a diagnostiqué des lombalgies chroniques, et le 3 octobre 2000 un conflit sous-acrominal de l'épaule droite ajouté.

4. Mandaté par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) le Dr B_____, médecin de rééducation FMH, a rendu un rapport d'expertise le 4 novembre 2000. Le patient se plaignait de douleurs lombaires depuis six ans et des douleurs au membre supérieur droit ainsi qu'une diminution de la force de la main droite et des céphalées. Il pose le diagnostic de lombalgies et cruralgies droits chroniques et persistance de douleurs dans le membre supérieur droit suite à l'accident de 1987 (fracture du deuxième métacarpien de la main droite, suivie de complications, d'une réintervention et d'un problème non guéri complètement). L'assuré pouvait travailler à 75 % dans une activité adaptée, par exemple surveillant de chantier ou chauffeur. Il y avait concordance entre les plaintes à la main droite et l'affection à celle-ci ainsi qu'entre la cruralgie droite et l'étroitesse des canaux radiculaires L3-L4 vue à l'IRM du 25 juin 1998.

5. Le 19 décembre 2000, la réadaptation professionnelle a calculé le degré d'invalidité de l'assuré en se fondant sur un salaire sans invalidité de carreleur de 55'220 fr. par an et un salaire avec invalidité de chauffeur de 3'800 fr. par mois, soit pour un 75 % un salaire de 34'220 fr. par an. Le taux d'invalidité était de 38 %.

6. Par projet de décision du 26 janvier 2001, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

7. Ce projet a été confirmé par décision du 16 février 2001 avec la mention que sur demande une aide au placement serait étudiée.

8. Le 22 mars 2001, la division de réadaptation professionnelle, a proposé de clore le mandat d'aide au placement, faute d'intérêt de l'assuré.

9. Le 1er décembre 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en mentionnant une atteinte psychique.

10. Le 4 février 2004, le Dr C_____, médecin chef de clinique au service de psychiatrie adulte - secteur Jonction des ("établissement hospitalier"), a certifié que

le patient était venu à la consultation Jonction après avoir été longuement motivé par son assistant social de l'Hospice qui avait relevé son dysfonctionnement social et sa souffrance psychique. Il leur avait été adressé pour l'évaluation d'un état dépressif. Bien que l'évaluation psychiatrique révèle un état dépressif sévère, il ne se disait pas déprimé et attribuait son mal-être à des problèmes physiques vagues et chroniques. En conclusion, ce patient souffrait d'une dépression chronique avec de nombreuses somatisations. Il n'avait jusqu'à présent attribué son mal-être qu'à ses douleurs physiques bien que la prise en charge devait être principalement psychiatrique.

11. Le 9 mars 2004, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI. Il diagnostique des traits de personnalité antisociale et émotionnellement labile (F60.2 et F60.3) et un épisode dépressif moyen, chronique (F32.1). L'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2002. Le traitement avait commencé le 11 novembre 2003.

    Ce médecin relève que "bien qu'il ne s'estime pas malade psychiquement, il présente un état dépressif majeur d'intensité moyenne à forte, dont le score Montgomery est à 24 le 13 janvier 2003. Il ne se dit pas déprimé et attribue son mal-être à des problèmes physiques vagues et chroniques. Il ne comprend pas pour l'instant l'utilité d'un traitement d'un état dépressif qu'il ne reconnaît pas et se met dans une position de refus très projectif. Le contact est difficile, principalement du fait d'une humeur dysphorique et de son refus de collaborer. Il ne vient que de manière épisodique aux rendez-vous. L'évaluation psychiatrique révèle en premier plan des traits de personnalité dyssociale et émotionnellement labile. En effet, il présente une incapacité à maintenir durablement des relations, une faible tolérance à la frustration, une tendance à l'agressivité et à blâmer autrui pour ses difficultés. Il est impulsif et très réactif aux événements. L'anamnèse est difficile mais il semble que ces éléments objectifs de sa personnalité aient été présents depuis longtemps. La difficulté du suivi et le peu de temps que le patient nous a laissé pour évaluer son état ne nous permet pas de poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile et antisocial avec certitude mais de retenir au moins la présence des traits de ce trouble de la personnalité (…)." Ce patient est suivi à l'Hospice Général depuis 1990. Il n'a jamais accepté de soins psychiatriques et ne semble pas plus disposé actuellement à suivre une psychothérapie. Cependant, ses traits de personnalité pathologiques et la présence objective de symptômes de la lignée dépressive entrainent un dysfonctionnement social et professionnel majeur qui l'ont rendu invalide sur le plan professionnel jusqu'à maintenant. Son état dépressif actuel est sans doute la résultante de son grave dysfonctionnement de la personnalité. L'état dépressif seul pourrait répondre à des mesures thérapeutiques classiques. Cependant, ses traits de personnalité empêchent toute prise en charge et remise en question, si bien que le pronostic n'est pas favorable. Le patient ne pourra certainement plus travailler et il semble hautement improbable qu'une mesure thérapeutique pourrait modifier son incapacité de travail.

12. Le 23 juin 2004, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie et une pneumopathie cryptogénique présents depuis 2001 et entraînant une incapacité de travail totale depuis plus d'un an. Il traitait le patient depuis octobre 2002.

13. Le 20 novembre 2004, le centre d'accueil et d'urgences du département de médecine communautaire des "établissement hospitalier" a attesté d'une consultation de l'assuré en raison de douleurs et tuméfaction de la main gauche et diagnostiqué une "prob. arthrite micro-cristalline".

14. L'assuré a séjourné au service de rhumatologie du 10 au 17 décembre 2004 en raison de lombosciatalgie L5 gauche non déficitaire.

15. Le 25 octobre 2005, l'assuré a été examiné au SMR Suisse romande par la Dresse E_____, psychiatre FMH, laquelle n'a diagnostiqué aucune atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail mais un comportement d'invalide sortant du champ médical F45.1 et une personnalité émotionnellement labile type impulsif F60.30. "Du point de vue psychiatrique, l'appréciation met en évidence un individu respectueux lors de l'entretien médical, mais montrant d'importants signes d'intolérance à la frustration qu'il exprime sous forme d'une hétéro-agressivité. Cette caractéristique a été intégrée dans un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif qui est un élément constitutionnel. L'entretien n'a mis en évidence aucun élément du registre dépressif. Concernant les plaintes douloureuses, on ne peut considérer que le caractère impulsif de sa personnalité soit un trait prémorbide, car il ne s'exprime que par son attitude querelleuse, qui n'a rien à voir avec sa capacité de travail. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique, pas de perte d'intégration sociale (l'assuré fréquente une amie, sort le soir et voit de nombreuses connaissances d'une manière régulière), un éventuel profit tiré de la maladie pourrait être un positionnement dans un rôle d'individu non actif. Le caractère chronique s'étend sur de nombreuses années puisque l'assuré n'a pas retravaillé depuis 1989. Les traitements conformes aux règles de l'art sont inefficaces dans ce tableau qui sort du champ médical. Vu la présence de divergences importantes entre les douleurs décrites et les comportements observés (aucun signe de douleur n'a pu être perçu, l'assuré fait son ménage et n'est absolument pas empêché dans ses activités du quotidien), que les douleurs sont décrites comme intenses à caractéristiques vagues, qu'il n'y a pas de demande de soins et même un refus de suivi psychiatrique, cet examen n'a mis en évidence aucune atteinte à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, le médecin estime que la capacité de travail est totale.

16. Par décision du 22 décembre 2005, l'OCAI a refusé tout droit à des prestations AI.

17. Le 12 janvier 2006, l'assuré a fait opposition en joignant un certificat de la Dresse F_____, médecin interne au service de psychiatrie adulte - secteur Jonction des "établissement hospitalier", relevant qu'elle suivait depuis le 7 novembre 2005 le patient et que celui-ci suivait le programme dépression depuis le 19 novembre 2003 jusqu'au 30 septembre 2005 et qu'il était en arrêt de travail total depuis le 29 avril 2002. L'assuré a requis une expertise rhumatologique en relevant que le Dr D_____, son médecin-traitant, avait attesté de son incapacité de travail. Il a joint un certificat du Dr D_____ du 23 janvier 2006 selon lequel l'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % dès octobre 2001.

18. Le 21 février 2006, le SMR a indiqué que la fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique n'est pas une pathologie reconnue comme invalidante mais, en raison d'une limitation de la mobilité des épaules, il convenait d'effectuer une expertise rhumatologique.

19. Le 21 juin 2006, le Dr G_____, médecine interne-rhumatologie FHM, a rendu un rapport d'expertise fondé notamment sur une consultation du 21 avril 2006 et des radiographies des genoux et du bassin de face du 9 juin 2006. Il relève que outre une certaine raideur de l'épaule droite, des deux hanches et des genoux, l'assuré ne montre qu'un syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur touchant plus volontiers la colonne lombaire et les ceintures scapulaire et pelvienne que d'aucuns réunissent sous l'appellation fibromyalgie. Cette "entité" n'est pas floride au moment de l'examen, si on considère que tous les "trigger points" ne sont pas exquisément douloureux et qu'il faut appuyer très fort pour en provoquer une esquive quelconque.

    Il pose les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les ceintures scapulaire et pelvienne pour lequel l'examen clinique, l'imagerie, et les examens complémentaire n'ont pas permis de démontrer la présence d'une cause anatomique, métabolique ou inflammatoire suffisante susceptible de l'expliquer; une obésité; une séquelle d'une épaule gelée droite.

    Même en cherchant bien, c'est-à-dire en contrôlant systématiquement toutes les plaintes du patient et reprenant une à une toutes les pièces du volumineux dossier il n'ai trouvé aucune explication rationnelle aux souffrances exprimées et n'a pu retenir de justification à une quelconque invalidité permanente. Une activité adaptée était possible à 100 %. Le port de charges (plus de 15 kg proche du corps répétitif), les positions prolongées en flexion antérieur de la nuque, le travail avec les membres supérieurs à l'horizontale pourraient exacerber la symptomatologie douloureuse lombaire, cervicale et de la ceinture scapulaire. Le métier de carreleur avec un rendement partiel, tenant compte des restrictions énoncées était possible, avec une diminution du rendement de 30 %.

20. Le 5 juillet 2006, le SMR a estimé, à la suite de l'expertise du Dr G_____, que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité, même dans celle de carreleur dès lors que l'âge, le manque de souplesse et les amplitudes articulaires limitées n'étaient pas des maladies invalidantes.

21. Par décision sur opposition du 12 juillet 2006, l'OCAI a maintenu sa décision de refus de prestations du 22 décembre 2005.

22. Le 11 septembre 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

    Le Dr D_____ avait sollicité une sérologie du paramètre anti-CP laquelle parlait en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde. Il joignait, d'une part, une analyse en immunologie du 21 juillet 2006 concluant à un facteur rhumatoïde Elisa IgM de 110, Elisa IgA de 160 et un Ac a-peptide cyclique citrulliné fortement positif, d'autre part, un avis du Dr D_____ du 24 août 2006 selon lequel l'assuré présentait une tuméfaction bilatérale des poignets qui avait nécessité une sérologie du paramètre anti-CCP qui s'était avéré fortement positif parlant pour une polyarthrite rhumatoïde, de sorte que l'expertise du Dr G_____ devait être revue. Enfin, il relevait qu'il existait une divergence justifiant une nouvelle expertise psychiatrique entre l'avis du médecin AI et celui de la Dresse F_____.

23. Le 10 octobre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'avis de la Dresse F_____ ne saurait remettre en cause celui de l'expertise du SMR de la Dresse E_____. Il a produit un avis du SMR du 21 septembre 2006 selon lequel il n'était pas rare que l'avis du médecin-traitant diffère de celui du médecin-conseil de l'AI, ce d'autant que dans le cas d'espèce la Dresse F_____ était interne en formation du service de psychiatrie des "établissement hospitalier" alors que la Dresse E_____ était psychiatre FMH. En outre les facteurs rhumatoïdes IgM et IgA positifs n'impliquaient pas nécessairement une invalidité, seule la fonction articulaire déterminait d'éventuelles limitations fonctionnelles. Or, le Dr G_____ avait investigué la fonction de chaque articulation et conclu à aucun déficit fonctionnel. Il convenait de demander au Dr G_____ qu'il se prononce sur la sérologie. L'OCAI a relevé que la nouvelle atteinte avait été constatée postérieurement à la décision sur opposition et sortait en conséquence de l'objet du litige.

24. Le 16 novembre 2006, le recourant a répliqué en joignant les rapports suivants :

    - un rapport médical du Dr VUCETIC, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte - secteur Jonction des "établissement hospitalier" du 16 novembre 2006 selon lequel il avait, en tant que nouveau médecin, vu le recourant à une reprise

en octobre 2006 lequel estimait ne pas souffrir d'un trouble psychique. Une évaluation approfondie du patient était toutefois nécessaire avant de pouvoir poser un diagnostic définitif.

- Un rapport du Dr D_____ non-daté mais faxé en novembre 2006 à l'avocate du recourant selon lequel celui-ci souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde depuis certainement le début de ses symptômes, diagnostic confirmé par la forte positivité de l'anti-CPP. Il adressait le patient au Dr A_____.

Le recourant fait valoir qu'il est toujours dans l'attente des rapports des Drs H_____ laquelle avait remplacé la Dresse F_____, et A_____. Le SMR admettait que les facteurs rhumatoïdes IgM et IgA positifs pouvaient impliquer une invalidité et suggérait de demander l'avis du Dr G_____. Ces facteurs expliquaient les limitations fonctionnelles dont il souffrait. Il sollicitait l'audition des Drs G_____, D_____, A_____ et H_____ ainsi qu'un délai pour produire d'autres rapports médicaux. Par ailleurs, son état dépressif grave ou/et ses pathologies psychiatriques étaient préexistantes à la fibromyalgie.

25. Les 22 janvier et 23 février 2007, le recourant a produit les avis médicaux suivants :

- Un rapport de la Dresse H_____ du 8 janvier 2007 selon lequel il n'y avait pas, à l'heure actuelle, de critère justifiant un diagnostic de trouble dépressif mais le patient présentait des troubles du sommeil avec une tristesse légère et un trouble de la personnalité. L'épisode dépressif moyen chronique diagnostiqué dès 2002 était apparu secondairement aux douleurs. Le patient disait ne pas avoir besoin d'un traitement psychiatrique. Il paraissait être dans son intérêt de demander une expertise psychiatrique pour évaluer sa capacité de travail.

- Un courrier du 19 janvier 2007 du Dr A_____ annonçant qu'il allait prochainement rendre un rapport médical.

- Un avis du Dr D_____ du 22 février 2007 attestant d'un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

- Un rapport du Dr I_____, spécialiste FHM en médecine interne, maladies rhumatismales, du 25 août 2006 attestant d'une consultation du 26 juillet 2006 et relevant que "le patient présente clairement des arthralgies touchant les épaules, les poignets, les mains et les genoux. De plus, il signale une enflure depuis quelques semaines des genoux et des mains. Hormis ces éléments faisant évoquer une affection de type inflammatoire il n'y a pas d'autre manifestation pour une connectivité à l'anamnèse dirigée (…)". La biologie récente demandée fait état de facteur rhumatoïde (IgM = 110, IgA = 160) accompagnée d'un anticorps a-peptide cyclique citrulliné fortement positif. Sur la base de l'anamnèse évoquant des polyarthralgies accompagnées d'une raideur matinale

associées à une fatigue majeure, de la polysynovite des mains et d'un genou, des résultats biologiques récents et anciens, j'ai posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Celle-ci avait été suspectée fin 2004 et ne se manifeste que depuis peu de manière palpable".

26. Le 19 mars 2007, l'OCAI a répliqué qu'une expertise pluridisciplinaire était superflue et a joint un avis du SMR du 6 mars 2007 du Dr J_____, chirurgien FMH, selon lequel il était erroné de dire que les facteurs rhumatoïdes expliquaient les limitations fonctionnelles, le Dr D_____ ne les mentionnant d'ailleurs pas, que la Dresse K_____ avait exclu un diagnostic de trouble dépressif et que le trouble somatoforme douloureux délirant ne correspondait à aucune entité connue dans la littérature.

27. Le 20 mars 2007, le recourant a transmis un rapport du Dr A_____ du 9 mars 2007 selon lequel il n'avait pas pu revoir le patient en raison de l'hospitalisation de celui-ci pour des problèmes pulmonaires. Il avait en revanche eu connaissance de son dossier médical. Il relève que "l'anti-CPP est un critère diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde, mais ne suffit pas pour poser ce diagnostic. Celui-ci est d'abord déterminé par la clinique; toutefois, cet anticorps est hautement spécifique pour cette affection et les gens qui en sont porteurs, même s'ils n'ont pas de symptômes, sont à risque d'en développer dans le futur. Concernant notre patient, effectivement la clinique et la présence de ces anticorps corroborent le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Je ne peux pas vous dire si la maladie date de février 2002. Je peux en revanche vous dire que le patient a été vu aux urgences des "établissement hospitalier" en novembre 2004, se plaignant de douleurs fréquentes des épaules, du coude gauche et du genou gauche. Il a été hospitalisé pour une lombosciatique gauche en décembre 2004; à ce moment-là, on a noté une mono-arthrite du poignet gauche et des douleurs chroniques des épaules depuis 2001 semble-t-il. Le rapport de cette hospitalisation ne pose pas cependant le diagnostic de polyarthrite, étant donné l'absence de critères cliniques objectifs. Il est probable que la pathologie remonte au début des symptômes, qui sembleraient se situer autour de 2001-2002".

    "Les limitations fonctionnelles générées par cette pathologie peuvent induire une incapacité de travail dans la profession de carreleur. Quant au taux, il dépend du degré d'atteinte du patient. Ne l'ayant pas examiné et suivi, je ne peux vous répondre quel est ou a été son taux d'incapacité de travail. Pour la même raison, je ne peux pas vous dire si cette polyarthrite génère des limitation fonctionnelles invalidant M. P_____ à 100 %".

28. Le 23 avril 2007, le Tribunal de céans a entendu en audience de comparution personnelle et d'enquête les parties ainsi que le Dr I_____.

    Celui-ci a déclaré :

"Je suis M. P_____ depuis juin 2006, lequel m'avait été adressé par le Dr D_____. Je confirme le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde que j'ai posé dans mon certificat médical du 25 août 2006. Depuis 2001-2002 M. P_____ se plaignait de douleurs articulaires avec fatigue et raideur des articulations. Une fibromyalgie avait été diagnostiquée par le Dr D_____, maladie qui peut cacher autre chose. Il est probable que déjà à l'époque ces douleurs étaient imputables à la polyarthrite. En 2004, le patient a été hospitalisé à Beau-Séjour pour une sciatique mais peu avant il avait développé une arthrite du poignet gauche lequel avait demandé des tests biologiques, soit les facteurs rhumatoïdes et l'anti-CCP dont les valeurs étaient similaires à celles relevées en 2006. A l'époque cependant il n'y avait pas de signes cliniques d'une polyarthrite. Ces valeurs peuvent anticiper une polyarthrite. En 2006, le patient s'est plaint de douleurs aux genoux, aux deux mains, aux épaules. Le diagnostic de polyarthrite que j'ai posé est ainsi posé sur des signes objectifs cliniques et biologiques. J'ai également constaté en 2006 un épanchement dans le genou gauche qui est un des signes de la polyarthrite. Je précise qu'il y a extrêmement peu de faux positifs dans le test biologique précité. Je pose actuellement ce diagnostic de façon certaine depuis 2006. Il m'apparaît normal que ce diagnostic n'est pas été posé en 2004, nonobstant les tests biologiques en raison de défaut de signes cliniques. Les chiffres du test de M. P_____ révèle une atteinte moyenne. M. P_____ n'a pas d'érosion radiologique mais des raideurs dans les articulations lesquelles correspondent à la présence de liquide ainsi que des épanchements soit du liquide qui se maintient et également des douleurs provenant des nerfs dans les articulations. Il présente des limitations principalement de préhension des deux mains, à la marche surtout le genou gauche. Il ne peut soutenir les bras au-dessus de l'horizontal ni maintenir une position agenouillée. Dans ce sens l'activité de carreleur est impossible et présente une incapacité totale de travail dans son ancienne activité. Une activité adaptée serait possible mais il doit pouvoir alterner les positions, et éviter le port de lourdes charges en raison des mains et des épaules. Même dans une activité adaptée le taux de travail serait réduit en raison des douleurs lesquelles sont augmentées à l'effort. Je précise qu'il n'y a pas de traitement très adapté et efficace. Actuellement le patient est sous traitement mais ce n'est pas encore efficace (traitement médicamenteux). Ces limitations ont dû apparaître entre 2004 date de l'hospitalisation et 2006. S'agissant du diagnostic du Dr G_____, j'ai également constaté des douleurs au niveau des épaules mais le patient ne s'est pas plaint auprès de moi de douleurs du rachis ou pelviennes. Il est possible de présenter des facteurs rhumatoïdes sans limitation fonctionnelle. L'anti-CCP est un test utilisé depuis 2002 qui est très spécifique pour détecter la polyarthrite. A mon sens la présence de cette valeur ajoutée au facteur rhumatoïde et aux signes cliniques permet de poser certainement le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Je constate que le Dr G_____ ne mentionne pas d'épanchement du genou, ni de difficulté de préhension des deux mains. Il parle de tuméfactions discrètes alors que j'ai moi-même constaté des tuméfactions importantes aux mains. Je note qu'il s'agit

d'une maladie qui agit par poussées ce qui a comme conséquence que l'examen clinique peut être différent. La présence d'anti-CCP fait penser que la maladie va être destructrice dans les 5 ans à venir au niveau des articulations. Lorsque la polyarthrite est plus sévère la personne ne peut pratiquement plus bouger ce qui n'est pas le cas de M. P_____ lequel souffre d'une atteinte moyenne. Je pense qu'une activité de réceptionniste ou gardien de musée serait possible avec toutefois un absentéisme moyen. Pour confirmer mon diagnostic il serait utile d'analyser le liquide du genou, ce que je n'ai pas fait en raison du fait que M. P_____ est sous-anticoagulant et qu'un ponction n'est pas indiquée dans ce cas".

Le recourant a déclaré :

"J'ai des douleurs en permanence aux épaules, à la tête, aux genoux, aux pieds, un peu partout dans le corps qui me réveillent également la nuit. J'ai également de la peine à marcher. Je ne suis pas le genre à me plaindre mais je souffre beaucoup. J'ai les mains souvent gonflées, le soir cela s'empire. Je souffre depuis 10-11 ans. J'ai toujours des douleurs au dos qui irradient dans les deux jambes. J'ai été suivi par un psychiatre jusqu'à il y a deux mois en arrière. Je précise que je n'ai absolument pas besoin de voir un psychiatre".

L'OCAI a relevé qu'il y avait en effet une amélioration de l'état de santé retenue dans le sens que le Dr G_____ admettait une capacité entière comme carreleur alors qu'elle était niée en 2000. Par ailleurs, le Dr J_____ du SMR était interniste.

29. Le 29 mai 2007, l'OCAI a transmis ses observations ainsi qu'un avis médical du Dr L_____, rhumatologue FMH. Selon ce dernier, il y avait lieu d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 28 juillet 2006 et de retenir le diagnostic fortement vraisemblable de polyarthrite rhumatoïde avancé par le Dr I_____. L'incapacité de travail était totale dans le métier de carreleur depuis le 26 juillet 2006. Pour pouvoir se prononcer sur le taux de travail exigible dans une activité adaptée il était nécessaire de demander des précisions au Dr I_____.

    L'OCAI a estimé que les répercussions de l'atteinte sur la capacité de travail exigible devaient être précisées. Etant donné que l'aggravation était postérieure à la décision attaquée du 12 juillet 2006, l'OCAI proposait le rejet du recours à charge pour lui d'investiguer plus avant l'aggravation de l'état de santé dans le cadre d'une nouvelle instruction du dossier.

30. Le 22 juin 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions en relevant que lors de son examen par le Dr G_____, la polyarthrite rhumatoïde, qui agissait par poussées, n'était pas détectable alors même qu'il en souffrait depuis 2003/2004 avec, déjà à cette date, d'importantes invalidités fonctionnelles. La maladie s'était aggravée en 2006 avec la présence de tuméfactions importantes, d'épanchements au genou et des difficultés de préhension des mains.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 1er décembre 2003. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, toutefois l'OCAI a communiqué à l'assuré une décision en date du 22 décembre 2005, laquelle a fait l'objet d'une opposition, qui a été rejetée par décision du 12 juillet 2006. L'assuré a interjeté un recours à son encontre devant le Tribunal de céans le 11 septembre 2006.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, suite à sa demande du 1er décembre 2003.

5. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème 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.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par

rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

8. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à

des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ;

GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

11. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

    Quand 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).

12. En l'espèce, le recourant a déposé une demande de prestations en juillet 1998, laquelle a donné lieu à un refus de rente par décision du 16 février 2001. L'OCAI a considéré que le recourant était à même d'exercer une activité adaptée à 75 % - en tenant compte de lombalgies et cruralgies droits chronique et de douleurs au membre supérieur droit - ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 38 %. Le 1er décembre 2003, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant une atteinte psychique puis une polyarthrite rhumatoïde. La demande de prestations du 1er décembre 2003 s'inscrit ainsi dans le cadre d'une demande de révision. Il convient donc d'établir si le recourant a présenté une aggravation de son état de santé depuis 2001.

13. a) En premier lieu, d'un point de vue psychiatrique, la Dresse E_____ le 25 octobre 2005 et la Dresse H_____ le 8 janvier 2007 ont exclu l'existence d'un trouble dépressif. Toutefois, un épisode dépressif a été attesté dès 2002, d'abord qualifié de sévère (avis du Dr C_____ du 4 février 2004) puis de moyen

chronique (avis du Dr C_____ du 9 mars 2004). L'état dépressif est considéré par le Dr C_____ comme résultant d'un grave dysfonctionnement de la personnalité, le diagnostic de traits de la personnalité antisociale et émotionnellement labile (F60.2 et F60.3) étant d'ailleurs posé par ce médecin, et la Dresse E_____ confirmant en outre une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.3). Selon le Dr C_____, l'incapacité de travail était totale depuis le 29 avril 2002. Le recourant a en outre suivi le programme dépression de novembre 2003 à septembre 2005 (selon la Dresse F_____, avis du 12 janvier 2006).

Ainsi s'il est établi que le recourant ne présente pas d'état dépressif depuis octobre 2005, date de l'examen par la Dresse E_____, fait confirmé le 8 janvier 2007 par la Dresse M_____, tel n'est pas le cas d'avril 2002 à septembre 2005, les avis du Dr C_____ attestant notamment d'un état dépressif de degré moyen à sévère. Il convient ainsi de constater que l'impact de l'état psychique du recourant sur sa capacité de travail entre 2002 et 2005 n'a pas été évalué par l'intimé. En conséquence, l'instruction, lacunaire, devra être complétée.

b) Du point de vue somatique, il est établi que le recourant souffre d'une polyarthrite rhumatoïde décelée par le Dr I_____. L'intimé l'a d'ailleurs admis, en se référant à l'avis du Dr L_____ du SMR, lequel considère qu'il y a aggravation de l'état de santé depuis la consultation du Dr I_____ du 28 juillet 2006. Le recourant estime pour sa part que l'aggravation est à prendre en considération depuis 2003/2004 dès lors qu'il subissait déjà, à cette époque, d'importantes invalidités fonctionnelles. A cet égard, il convient de déterminer à quelle date l'aggravation de l'état de santé, laquelle est établie, peut être retenue.

Figurent au dossier les avis médicaux suivants :

- Le Dr A_____ ne peut pas affirmer que la maladie date de février 2002 et précise que lors de l'hospitalisation de novembre 2004, le diagnostic de polyarthrite n'avait pas été posé, étant donné l'absence de critères cliniques objectifs (avis du 9 mars 2007).

- Quant au Dr I_____ il a estimé, dans son rapport du 25 août 2006, que la polyarthrite rhumatoïde, si elle avait été suspectée fin 2004, ne se manifestait que depuis peu de manière palpable. Entendu en audience d'enquête, il a précisé qu'il était probable que déjà en 2001-2002 les douleurs articulaires étaient imputables à la polyarthrite. En 2004, les facteurs rhumatoïdes et l'anti-CCP étaient déjà présents mais il n'y avait pas de signes cliniques d'une polyarthrite. Ce diagnostic était certain depuis 2006. Les limitations dues à la polyarthrite avaient dû apparaître entre 2004 et 2006 et l'atteinte était actuellement moyenne.

- Le 21 juin 2006, le Dr G_____ atteste uniquement d'un syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les ceintures scapulaire et pelvienne.

- En novembre 2006, le Dr D_____ estime que le recourant souffrait de polyarthrite rhumatoïde certainement depuis le début de ses symptômes.

- Le 23 mai 2007, le Dr L_____ relève que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est fortement vraisemblable, l'anti-CCP étant très spécifique de cette maladie et considère que l'aggravation de l'état de santé date de la consultation auprès du Dr I_____.

Au vu des ces avis médicaux, il convient de constater que le recourant présente avec certitude une polyarthrite rhumatoïde laquelle a été attestée par un test positif de facteurs rhumatoïdes et d'anti-CCP en 2004, et a entraîné l'apparition de signes cliniques dès 2006 (le fait que ceux-ci n'aient pas été relevés par le Dr G_____ en juin 2006 pouvant provenir du fait que la maladie agit par poussées, selon le Dr I_____). Contrairement à l'avis de l'intimé, l'évolution de la maladie ne permet pas de fixer son apparition le 28 juillet 2006 seulement, jour de la consultation auprès du Dr I_____. En effet, l'état de santé du recourant s'est objectivement aggravé en tous les cas depuis 2004, par l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde (attestée à cette date par un test anti-CCP), dont les signes cliniques sont survenus selon le Dr I_____ dès 2006, et les limitations fonctionnelles entre 2004 et 2006, soit antérieurement au 12 juillet 2006, date de la décision sur opposition de l'OCAI. A cet égard, le Dr L_____ admet d'ailleurs que le test anti-CCP positif de 2004 est très spécifique de la polyarthrite mais n'explique pas pour quelle raison la maladie, malgré le test présent en 2004, n'apparaîtrait que le 28 juillet 2006.

Les conséquences de cette affection sur la capacité de travail du recourant doivent cependant encore être évaluée, comme l'a proposé l'intimé.

14. Une instruction complémentaire est ainsi nécessaire, tant du point de vue somatique que psychique, de sorte que le recours sera partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

15. Vu l'issue du litige, une indemnité de 2'000 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

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. Annule la décision sur opposition du 12 juillet 2006.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

5. Alloue au recourant une indemnité de 2'000 fr. à charge de l'intimé.

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

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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