REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3321/2006 **ATAS/924/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 29 août 2007

En la cause

Monsieur R_____, domicilié , GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert — recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 1959, requiert une première fois des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée en mars 1994.

2. Dans le cadre de celle-ci, il fait l'objet d'une expertise par le Dr. A_____ de la Polyclinique de médecine des ("établissement hospitalier"). Dans son rapport du 8 février 1995, celui-ci diagnostique des lombalgies chroniques communes et lombo-sciatalgies à gauche. La capacité de travail de l'assuré est nulle dans sa profession de maçon. Dans une activité adaptée, il présente une capacité de travail de 100 %.

3. La décision de refus de rente du 14 avril 1995 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI) est annulée par décision du 12 septembre 1995 de la Commission cantonale de recours AVS-AI, compétente en la matière jusqu'au 31 juillet 2003. Celle-ci renvoie en outre la cause audit office pour la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle.

4. L'assuré est alors soumis à une observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle (CIP). Le rapport COPAI du 13 février 1997 relatif à cette observation conclut à une capacité de travail comme aide-nettoyeur à mi-temps. Il est relevé dans ce rapport que l'assuré a fait preuve d'un bon niveau d'engagement et de collaboration durant tout le stage. Dans le rapport du 3 février 1997 du Dr B_____, médecin conseil du CIP, rapport qui est annexé à celui du COPAI, il est mentionné que l'assuré souffre d'une discopathie L4-L5-S1 qui l'empêche durablement d'avoir une activité physique lourde. Sa fatigabilité dorso-lombaire le limite également dans la durée et seule une activité à 50 % peut être proposée. Il n'y a pas de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer son état global de santé.

5. Dans son appréciation médicale du 5 mars 1997, le Dr C_____, médecin conseil de l'OCAI, indique qu'il est probable que toutes les plaintes ne sont pas uniquement à mettre sur le compte du trouble vertébral et qu'il existe vraisemblablement des éléments de polyinsertionite, affection dont l'origine est à rechercher dans des difficultés socio-culturelles.

6. Après un nouveau refus de rente, l'OCAI reconsidère sa décision et octroie une demi-rente d'invalidité à l'assuré, par décision du 24 novembre 1998, avec effet au 1er octobre 1994.

7. Le 20 septembre 2001, le Dr D_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, atteste que l'état de son patient s'est détérioré. Ce médecin estime dès lors qu'il faut procéder à une révision de son cas. Ce certificat est transmis à l'OCAI, lequel initie alors une procédure en révision de la rente.

8. Dans un rapport du 25 octobre 2001, le Dr D_____ pose le diagnostic de rachialgies diffuses à prédominance lombaire associées à des douleurs poly-articulaires et musculaires diffuses mal systématisées dans le cadre d'une fibromyalgie, protrusions discales L3-L4 et L4-L5 gauches, petite hernie discale médiane L5-S1 et canal lombaire étroit, ainsi qu'un état dépressif. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : lupus érythémateux dans une forme tumidus, eczéma dysidrosique de la main droite, syndrome du tunnel carpien bilatéral. La capacité de travail est de 50 % depuis le 7 septembre 1998. L'état s'aggrave. A cet égard, le Dr D_____ relève en particulier qu'en 1998 sont apparues, en plus des douleurs dorsales et cervicales, des douleurs du coude droit évoquant une épicondylite. Durant toute l'année 1999, le patient a continué de se plaindre de rachialgies diffuses avec sciatalgies bilatérales. Une nouvelle IRM lombaire effectuée le 10 avril 2000 a mis en évidence un canal étroit, mais n'a pas révélé d'autres péjorations par rapport à l'examen de 1993. Les douleurs de la nuque et de l'épaule gauche, apparues déjà en 1997, se sont fortement accentuées. Est alors également diagnostiquée une périarthrite de la hanche gauche par le Dr E_____. La symptomatologie douloureuse est devenue de plus en plus diffuse et au printemps 2000 sont également apparus des placards érythémateux des régions zygomatiques, lesquelles ont été diagnostiqués comme un lupus érythémateux dans une forme tumidus. Les investigations effectuées ont permis d'écarter un lupus érythémateux systémique. Depuis l'été 2000, le patient est devenu de plus en plus nerveux, il dormait mal et a commencé à se sentir déprimé principalement à cause des problèmes de santé. Les douleurs à l'épaule gauche se sont accentuées et il a également présenté des fourmillements fréquents aux mains avec persistance de cervicalgies. Le Dr. F_____ a évalué le patient à la demande du Dr D_____. Ce premier médecin conclut à une symptomatologie douloureuse subjective qui s'amplifie en évaluant vers un tableau de fibromyalgie généralisée. Depuis mars 2001, le patient est suivi par le Dr. G_____ sur le plan psychiatrique. Celui-ci pose le diagnostic d'un état dépressif moyen. Selon le Dr D_____, le tableau clinique actuel correspond principalement à celui d'une fibromyalgie. L'évolution est défavorable.

9. Dans son rapport du 26 novembre 2001, le Dr G_____, psychiatre, diagnostique notamment un épisode dépressif moyen. Il relève que le patient est triste, présente une fatigue importante, des troubles du sommeil avec éveils précoces, une anhédonie, des idées de dévalorisation et un ralentissement psychomoteur.

10. En date des 25 novembre et 11 décembre 2002, l'assuré fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le Centre d'observations médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Les experts posent les diagnostics de syndrome douloureux persistant, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de spondylarthrose lombaire sans radiculopathie. Ils émettent également les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail de céphalées de tension, lupus érythémateux

tumidus, syndrome du tunnel carpien bilatéral et status après hépatite A et B, guérie. Ni l'examen clinique, ni l'évaluation des examens paracliniques ne permettent de retenir la présence de troubles rhumatologique, neurologique, orthopédique ou d'autre nature susceptibles d'expliquer les plaintes de l'assuré, notamment l'ampleur de leur intensité et de leur répercussion. En raison de cette discrépance, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé. Les experts retiennent une aggravation de l'état de santé avec une extension de la symptomatologie douloureuse traduisant une péjoration du syndrome somatoforme douloureux, ainsi que l'apparition de troubles thymiques. D'un point de vue somatique, il n'y a aucune incapacité de travail. Les experts estiment enfin que la capacité de travail de l'expertisé est restée relativement stable et l'évaluent dans une activité adaptée à 50 %.

11. Le 31 octobre 2003, l'OCAI communique à l'assuré qu'il a examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'a pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

12. Par courrier du 2 mars 2004, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, indique à l'OCAI qu'il subit une perte de gain d'au moins 60 %. Il demande dès lors un réexamen de son cas. Il souligne en particulier que, selon les experts du COMAI, son état s'est aggravé.

13. Dans le rapport du 13 octobre 2004 relatif à la consultation neuro-ophtalmologique du Service d'ophtalmologie des "établissement hospitalier", le Prof.. H_____ et la Dresse I_____ mentionnent que l'assuré présente une altération de la perception lumineuse liée très probablement à sa cataracte sub-capsulaire postérieure. Le champ visuel s'est nettement amélioré. Il n'y a pas d'atteinte toxique, mais il pourrait s'agir d'une vasculopathie choroïdienne typique.

14. Dans son courrier du 22 décembre 2004 au Dr. J_____, le Prof. H_____ fait état de ce que le patient présente une légère cataracte postérieure et a développé au cours des années des déficits du champ visuel de progression relativement importante. Compte tenu de la notion du lupus érythémateux et de la disposition de ces lésions, il lui semble concevable qu'il puisse s'agir d'une vasculopathie choroïdienne, comme on la voit relativement classiquement dans le lupus érythémateux. Ce professeur relève également que les formes lupiques dyscoïdes peuvent, dans certains cas, évoluer vers des formes plus systémiques et qu'il ne peut être exclu que tel est le cas en l'occurrence. Le Prof. H_____ mentionne enfin que la possibilité d'une atteinte toxique sur anti-malarique de synthèse a été évoquée.

15. En réponse à ce courrier, le Dr J_____ répond le 22 avril 2005 qu'il a mis en route un bilan du lupus érythémateux cutané. L'examen histologique et la biopsie sont négatifs, ce qui met en doute ce diagnostic sur le plan médical. Dès lors, le diagnostic d'acné rosacé a été retenu. Concernant les atteintes oculaires de cette

maladie dermatologique, le Dr J_____ n'a pas trouvé dans la littérature d'observations d'une atteinte rétinienne. Seuls de rares cas d'atteintes cornéennes sont signalés. Il est dès lors peu probable que les anomalies oculaires puissent être liées au lupus.

16. Par courrier du 7 juin 2005, les Drs. K_____ et. L_____ informent le Dr J_____ que la clinique et les histologies sont suggestives d'un lupus tumidus. Ils indiquent que, pour le Dr D_____, la pathologie articulaire est non suggestive pour un lupus. Quant à l'atteinte oculaire, elle est compatible avec une vasculopathie choroïdienne. Le patient ne présente pas de critères pour un lupus systémique.

17. Dans son rapport du 30 août 2005, le Dr D_____ mentionne, outre les diagnostics évoqués précédemment, des troubles mictionnels sur hypertrophie prostatique avec prostatite. Ce diagnostic n'a cependant pas de répercussions sur la capacité de travail. Selon ce médecin, il n'existe actuellement aucun argument en faveur d'un diagnostic de lupus érythémateux systémique, même si cette hypothèse ne peut pas être exclue. Le patient continue à être étroitement suivi par des ophtalmologues et dermatologues. Sur le plan psychiatrique, son état est resté stationnaire. En ce qui concerne l'affection urologique, les troubles mictionnels sont toujours présents en dépit du traitement. Le statut rhumatologique est superposable à celui existant au moment de l'expertise au COMAI.

18. Par son courrier du 23 novembre 2005, l'assuré signale notamment à l'OCAI qu'il a commencé un petit travail à raison d'environ 2 heures par jour pour un salaire de 800 fr. par mois au Garage auto-électricité X_____.

19. Par décision du 13 février 2006, l'OCAI refuse d'augmenter la rente invalidité.

20. Le 17 mars 2006, l'assuré forme opposition à cette décision. Il relève que son état de santé s'est aggravé, même si le rapport du COMAI conclut de façon peu explicable à une capacité de travail restée relativement stable. Il répète que la comparaison des gains aboutit à une perte de gain de 65 % au minimum. En tenant compte d'un abattement usuel d'au moins 15 %, on parvenait à un taux d'invalidité de 70 %.

21. Le 5 juillet 2006, le Dr M_____, ophtalmologue, mentionne un léger rétrécissement du champ visuel, très fluctuant.

22. Par décision sur opposition du 12 juillet 2006, l'OCAI rejette celle-ci. Ce faisant, il se fonde sur les conclusions du rapport du COMAI et constate qu'aucune modification ne s'est produite sous l'angle économique depuis 1998.

23. Par acte du 13 septembre 2006, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente

d'invalidité entière. A titre subsidiaire, il sollicite une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle devrait également comprendre un aspect ophtalmologique. Il met en cause la valeur probante du rapport du COMAI, dès lors qu'il estime contradictoire de constater, d'une part, une aggravation de son état de santé et de retenir, d'autre part, que la capacité de travail est restée relativement stable. De surcroît, d'autres pathologies sont apparues depuis l'expertise pluridisciplinaire du COMAI menée en 2002-2003, dans la mesure où le champ visuel périphérique de ses deux yeux s'est rétréci. A cet égard, le recourant se prévaut d'une aggravation de ce trouble et produit, à l'appui de ses dires, une attestation médicale de la Dresse M_____ du 11 septembre 2006, aux termes de laquelle il a subi un examen de champ visuel en février 2006 et que, par rapport au dernier examen fait en septembre 2005, son atteinte s'est aggravée. Il joint à son recours également une lettre du 9 octobre 2006 de ce même médecin, dans laquelle cette praticienne mentionne qu'un nouvel examen a été effectué le 4 octobre 2006 et qu'il y a une légère aggravation de son champ visuel périphérique par rapport au dernier examen fait en février 2006. Le rétrécissement de la vision périphérique peut le gêner dans son activité d'aide-mécanicien pour voitures, dans la vie courante et pour conduire un véhicule, selon ce dernier médecin. Le recourant allègue par ailleurs qu'il se cogne très souvent la tête dans son activité professionnelle, de sorte que sa capacité de travail est encore plus réduite qu'elle ne l'était auparavant.

24. Le 30 octobre 2006, le recourant complète son recours, en persistant dans ses conclusions. Il allègue qu'il devrait être opéré prochainement des deux mains, en raison d'un tunnel carpien. Il signale en outre qu'une échographie de l'épaule gauche effectuée le 9 octobre 2006, dont il transmet le rapport, a mis en évidence une tendinite. Selon ce rapport, l'examen radiologique est dans les limites de la norme. Toutefois, une certaine inhomogénéité de l'échostructure dans le muscle sus-épineux peut être considérée comme la traduction d'une tendinite. Pour le surplus, le recourant reprend son argumentation antérieure.

25. Dans son avis médical du 13 novembre 2006, le Dr C_____ du Service médical régional de la Suisse romande (ci-après: SMR), se détermine sur le recours. Il relève que l'échographie du 9 octobre 2006 n'a pas mis en évidence une pathologie notable. Quant au rétrécissement du champ visuel, ce médecin relève que l'atteinte visuelle est apparemment compatible avec la conduite d'un véhicule, selon l'ophtalmologue. Partant, il ne saurait être admis que le recourant ne peut pas travailler pour des raisons oculaires. De l'avis du médecin-conseil, cette atteinte ne modifie ainsi pas notablement sa capacité de travail de 50% retenue précédemment.

26. Dans son préavis du 15 novembre 2006, l'intimé conclut à une *reformatio in pejus* de sa décision sur opposition et, subsidiairement, au rejet du recours. Il fait valoir que la demi-rente d'invalidité avait été accordée uniquement sur la base du rapport d'observation professionnelle COPAI du 13 février 1997. Quelques années plus tard, le rapport du COMAI a permis de poser le diagnostic de troubles

somatoformes douloureux. Selon ce rapport, il n'y a aucune incapacité de travail sur le plan rhumatologique. Or, selon l'intimé, les critères jurisprudentiels ne sont en l'espèce pas remplis pour reconnaître aux troubles somatoformes douloureux un caractère invalidant au sens de la loi.

27. Par réplique du 5 février 2007, le recourant persiste dans ses conclusions, en reprenant, pour l'essentiel, son argumentation antérieure.

28. L'intimé maintient également ses conclusions, par courrier du 16 février 2007.

29. Le 23 mai 2007, le recourant est entendu par le Tribunal de céans. Il déclare que son champ visuel s'est encore rétréci dans une plus ample mesure, depuis l'expertise COMAI, et que de nouveaux examens seront prochainement effectués. Dans son activité d'aide mécanicien, il fait tout son possible pour travailler au mieux, en dépit du majeur droit bloqué et des problèmes du coude gauche qu'il n'arrive pas à plier ni à étendre totalement. Il devra également être opéré de nouveau du tunnel carpien gauche et éventuellement à droite. A son travail, il se frappe fréquemment la tête au front ou sur les tempes à cause du champ visuel réduit. En raison de ce problème il doit également tourner la tête plus souvent. Or, il souffre aussi de douleurs aux cervicales. A cela s'ajoutent des problèmes à l'épaule, des troubles dépressifs, des problèmes de dos avec une hernie discale qui l'obligent à prendre des médicaments en permanence, une sciatique, une prostatique depuis 3 ans et un lupus. Le Prof H_____ soupçonne par ailleurs une relation entre les problèmes visuels et les problèmes dermatologiques. Le recourant relève en outre qu'il aime beaucoup son travail et qu'il fait tout pour le garder. Son employeur actuel ne peut cependant augmenter son taux d'activité. Il a cherché du travail un peu partout en vain. A cause du problème physique, il se sent également déprimé et angoissé et suit un traitement médicamenteux, lequel l'a aidé.

30. Par courrier du 25 mai 2007, le Tribunal de céans s'adresse au Prof. H_____, afin de connaître son avis sur le rapport du 17 septembre 2003 du COMAI et plus particulièrement sur une éventuelle relation entre l'atteinte dermatologique et les problèmes rhumatologiques. Il lui demande également à quel médecin une expertise judiciaire pourrait être confiée. Par réponse du 1er juin 2007, le Prof. H_____ recommande un de ses confrères comme expert.

31. Le 21 juin 2007, le recourant transmet au Tribunal de céans copie du courrier du 8 juin 2007 du Prof. H_____ au Dr D_____, missive dans laquelle le premier attire l'attention du médecin traitant sur le fait que le rapport artérioveineux rétinien est, par endroits, nettement en défaveur de l'arbre artériolaire, lequel est non seulement rétréci mais également d'un diamètre irrégulier. Son patient lui a indiqué avoir subi une poussée hypertensive et consulté en urgence une permanence. Il lui a également signalé qu'il avait une asymétrie de tension artérielle entre les deux bras.

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

EN DROIT

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

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

   b) En l'espèce, le présent recours concerne le droit aux prestations dès février 2001. Les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la capacité de travail du recourant est diminuée de 60 % au moins, ouvrant le droit à plus qu'une demi-rente, en raison d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Il convient également de déterminer si des faits nouveaux ont été découverts permettant une appréciation juridique différente du cas.

5. Selon l'art. 41 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   La question de la révision de rente en cas de modification du taux d'invalidité est réglée dès le 1er janvier 2003 par l'art. 17 LPGA, lequel reprend pour l'essentiel la teneur des anciennes dispositions.

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision de la LAI), le taux d'invalidité requis pour une pleine rente est de 70% au moins, le taux de 60% au moins ouvrant le droit à trois-quarts de rente.

7. Selon l'art. 4 aLAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   En vertu de la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 6 à 8 LPGA sans modifications essentielles.

8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la

santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

9. Le recourant a notamment fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire à la fin de l'année 2002 par le COMAI. Ce rapport ne tient pas compte du rétrécissement du champ visuel du recourant, lequel n'a été constaté que par la suite.

   Le Tribunal de céans s'est posé la question de savoir si le rapport du COMAI devait être considéré comme incomplet du fait qu'il n'examine pas une éventuelle relation entre le lupus diagnostiqué et les douleurs rhumatismales. En effet, certaines formes du lupus sont dans la majorité des cas accompagnées de douleurs dans les muscles et les articulations. Cependant, seule la forme la plus grave du lupus est en principe responsable de telles manifestations. Il s'agit du lupus érythémateux systémique (LES). Or, à l'étude approfondie du dossier, il est apparu que ce diagnostic a été écarté et que seul un lupus érythémateux tumidus a été retenu, lequel ne semble pas s'accompagner de douleurs rhumatismales, comme cela ressort de courrier du 7 juin 2005 des Drs K_____ et L_____, ainsi que du rapport du 30 août 2005 du Dr D_____. Ainsi, il ne saurait être reproché à l'expertise du COMAI de ne pas avoir approfondi la question du lien entre l'affection dermatologique et les douleurs de l'appareil locomoteur.

   Toutefois, il y a lieu de considérer que cette expertise est ancienne et que l'état de santé du recourant s'est clairement aggravé depuis fin 2002, date de l'expertise, notamment en raison des ses problèmes oculaires. Le Tribunal de céans estime ainsi que cette expertise n'est aujourd'hui plus d'actualité. Il conviendrait également de réexaminer si le recourant présente les ressources pour surmonter son trouble somatoforme douloureux, au vu des ses multiples affections somatiques chroniques et objectivables, même si celles-ci ne devaient pas engendrer à elles seules une incapacité de travail. Enfin, il appartiendra le cas échéant à l'intimé de se prononcer sur le droit à une aide au placement, au vu des handicaps multiples du recourant.

   Le Tribunal de céans juge ainsi nécessaire de soumettre le recourant à une nouvelle expertise multidisciplinaire qui devra également explorer les atteintes oculaires et leurs répercussions sur la capacité de travail. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre de cet acte d'instruction.

10. L'intimé demande une reformatio in pejus, en faisant valoir que les critères jurisprudentiels pour retenir une invalidité au sens de la loi ne sont pas remplis, dans la mesure où il appert que l'incapacité de travail est consécutive aux troubles somatoformes douloureux. Cependant, comme relevé ci-dessus. l'instruction du dossier n'est pas complète, de sorte que cette question est prématurée.

    En tout état de cause, dans la mesure où la santé du recourant ne s'est pas améliorée, comme cela résulte du rapport du COMAI, la décision initiale ne pourrait être modifiée que par une révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, en raison de la découverte d'un fait ou moyen de preuve nouveau, soit en l'occurrence du nouveau diagnostic posé par le COMAI de trouble somatoforme

douloureux. Il résulte toutefois du dossier médical, notamment du rapport du 25 octobre 2001 du Dr D_____, que ce diagnostic n'a été retenu que suite à l'augmentation de la symptomatologie douloureuse et diffuse dès 1999, soit consécutivement à une modification de l'état de santé. Par ailleurs, en 1997, le Dr B_____, médecin-conseil du CIP, a estimé que l'incapacité de travail était justifiée pour des raisons somatiques. Même si cela n'est pas l'avis du COMAI, il s'agit seulement d'une appréciation différente et non pas d'un fait nouveau. Ne constitue en effet pas une preuve concluante, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, un rapport ou une expertise médicale donnant une nouvelle appréciation de faits connus (cf. ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1). Il est à relever également que le Dr C_____ avait déjà supposé l'existence d'éléments de polyinsertionite sans substrat organique, dans son avis médical du 5 mars 1997, de sorte qu'il sied de considérer que l'intimé a pris sa décision du 24 novembre 1998 en toute connaissance de cause.

11. Quant au grief relatif l'établissement de la perte de gain par l'intimé, il convient de relever qu'il constitue implicitement une demande de reconsidération de la décision initiale, dès lors que la détermination de la perte de gain remonte à 1998, date à laquelle une demi-rente a été octroyée. Or, selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, ni l'assuré ni le juge ne peuvent exiger que l'administration reconsidère sa décision (ATF 117 V 12 consid. 2a et les références). Il n'existe pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 13 consid. 2a, 116 V 62). L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

    En l'occurrence, il sied de constater que l'intimé n'est pas entré en matière sur une reconsidération du calcul de la perte de gain effectué au moment de la décision initiale du 24 novembre 1998. Par ailleurs, comme relevé ci-dessus, il n'existe pas de droit à une reconsidération.

12. Le Tribunal de céans relèvera enfin qu'il est loisible au recourant de demander l'octroi de prestations complémentaires, s'il appert qu'il n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons dont l'assurance-invalidité ne peut tenir compte. En effet, il n'y a lieu de prendre en considération, à titre de revenu déterminant pour le calcul des ces prestations, un revenu hypothétique de l'activité lucrative d'un invalide partiel que s'il est établi que celui-

ci serait concrètement en mesure d'exercer une telle activité. Cela est certes présumé, mais cette présomption peut être renversée (ATF 115 V 88 consid. 2). Le caractère exigible de l'exercice d'une activité lucrative doit être examiné en fonction notamment de l'âge de la personne, son état de santé, ses connaissances linguistiques, sa formation professionnelle, l'activité exercée jusqu'ici, du marché de l'emploi et le cas échéant, du temps plus ou moins long pendant lequel elle aura été éloignée de la vie professionnelle (ATF 117 V 290 consid. 3a; VSI 2001 p. 128 consid. 1b; consid. 2 de l'arrêt T. du 9 février 2005, P 40/03, résumé in RDT 60/2005 p. 127; voir également ATFA du 6 février 2006 P 49/04).

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire et nouvelle décision.

14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

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

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 les décision des 13 février et 12 juillet 2006 de l'intimé.

4. Lui renvoie la cause pour la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire et nouvelle décision.

5. Le condamne au versement d'une indemnité de 1'500 fr. au recourant à titre de dépens.

6. Met un émolument de 200 fr. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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