

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/371/2007

ATAS/907/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 28 août 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié chez Monsieur A_____, , recourant
PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître BENOIT Gérald

contre

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

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur K_____, ressortissant de l'ex-Yougoslavie né en septembre 1963, est arrivé en Suisse en 1988, où il a travaillé comme peintre et manœuvre pour Monsieur K1_____.
2. En date du 16 août 1991, l'assuré a été victime d'un accident professionnel entraînant une fracture-tassement du mur antérieur de la douzième vertèbre dorsale, et pris en charge par l'assurance-accidents de l'employeur, la SUVA.
3. Le 31 mars 1993, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
4. Par décision du 18 août 1993, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la CCGC), à laquelle l'OCAI avait transmis la demande, a rejeté ladite demande au motif que l'assuré ne comptait pas une année de cotisations personnelles. L'assuré a recouru contre cette décision et la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a, par décision du 2 février 1994, renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au motif que le recourant avait prouvé avoir travaillé du mois de mai 1988 jusqu'au 16 août 1991 pour Monsieur K1_____.
5. En date des 12 et 20 octobre 1993, l'assuré a été soumis à une expertise conduite, dans le cadre de l'assurance-accidents, par le Dr A_____, spécialiste en maladies rhumatismales. L'assuré présentait une fracture tassement du mur antérieur de D12. Cette fracture avait également entraîné une discopathie D11 et D12. L'importance du syndrome douloureux décrit, la limitation fonctionnelle et l'échec de tous les traitements devaient être mis sur le compte d'un trouble psychique qui s'était développé en relation directe avec la situation professionnelle dans laquelle les suites de l'accident avaient plongé l'assuré. Dans la situation sociale actuelle, ces atteintes paraissaient à l'expert complètement stabilisées. On ne pouvait pas attendre d'amélioration de la poursuite des traitements, seule une modification du statut socio-légal pourrait être susceptible de modifier la situation clinique. La capacité de travail était de 0 % dans la situation de manœuvre. Dans une activité légère, elle serait certainement de 75 ou de 100 %.
6. En date du 28 février 1995, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr B_____. Ce médecin a diagnostiqué une névrose de rente ou sinistrose. La capacité de travail était totale d'un point de vue psychiatrique.
7. En date du 16 février 1996, l'assuré a chuté dans des escaliers et a subi une fracture du col de l'omoplate gauche non déplacée et une fracture de l'apophyse transverse gauche de L1.

8. Par décision du 15 octobre 1996, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 juillet 1993.
9. Par courrier du 28 octobre 1996, l'assuré a recouru contre cette décision, sollicitant une rente entière d'invalidité de durée indéterminée.
10. Du 4 au 29 novembre 1996, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI). Le directeur du COPAI a formulé les conclusions suivantes : "L'attitude de l'assuré nous contraint, après l'observation de ses capacités résiduelles de travail, à faire deux appréciations: l'une sur sa capacité théorique de travail, l'autre sur les chances de succès d'une réinsertion professionnelle. En faisant abstraction de son comportement - qui entrave dans une large mesure ses capacités physiques -, les maîtres estiment que l'assuré a une capacité potentielle évaluée à 50 % actuellement. Cette capacité pourrait, théoriquement, augmenter à 100 % après un réentraînement au travail d'une durée de 6 à 12 mois. Mais ce dernier point n'a pas pu être objectivement démontré, l'assuré n'entrant pas en matière. De réelles limitations existent concernant les travaux lourds et le port de charges. Mais il pourrait exploiter sa capacité résiduelle dans un emploi simple de servant de machine ou dans des travaux sériels à l'établi. Toutefois, il est clair que la réinsertion professionnelle ne pourra avoir lieu si aucune modification n'intervient dans le comportement de cet assuré et dans sa conviction d'être totalement invalide. En ultime tentative pour lui faire rejoindre le monde du travail, nous lui avons proposé un réentraînement progressif, qui pourrait se faire en atelier protégé (seule structure qui accepterait éventuellement de l'engager en l'état). Malheureusement, il a refusé cette proposition (...)"
11. Par décision du 27 février 1997, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a rejeté le recours de l'assuré.
12. Dans un rapport du 2 mars 1998, le Dr C_____, interniste traitant, a diagnostiqué une ancienne fracture du mur antérieur du corps vertébral D12 (accident du 16 août 1991), une fracture du col de l'omoplate gauche non déplacée (accident du 16 février 1996), une fracture de l'apophyse transverse gauche de L1 (accident du 16 février 1996), une HTA et une obésité. L'incapacité était totale depuis le 16 août 1991, mais à première vue le patient devrait pouvoir assumer une présence de 100 % dans un poste de conditionnement léger avec changements de positions (assis-debout), pauses fréquentes et sans exigence de rendement particulier.
13. Par décision du 15 mars 1999, l'OCAI a supprimé la prise en charge de l'orientation professionnelle.
14. Dans un rapport du 19 avril 1999, le Dr D_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une solitude,

un soutien familial inadéquat et des difficultés liées à l'acculturation. Le patient avait commencé un stage de réentraînement à la Fondation PRO en mars 1998 qu'il avait interrompu et ce médecin estimait qu'il convenait de réévaluer la situation afin de donner une nouvelle opportunité à son patient.

15. Par courrier du 22 avril 1999, l'assuré a formé recours contre la décision de l'OCAI de refus de mesures professionnelles auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, concluant à l'octroi d'un nouveau stage de réentraînement adapté et à une nouvelle décision de l'OCAI sur octroi à la rente suite à l'accomplissement du stage.
16. Par décision du 12 février 2001, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a renvoyé le dossier à l'OCAI en vue de l'ouverture d'un nouveau stage de réentraînement à l'effort en faveur de l'assuré.
17. Par décision du 9 août 2001, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage de réentraînement au travail dispensé à l'atelier APAIL du Centre d'intégration professionnelle (ci-après le CIP), du 27 août au 26 novembre 2001.
18. Dans un rapport du 30 novembre 2001, le directeur du CIP a conclu théoriquement que la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part de l'assuré s'élevait à 70 % au minimum (rendement de 70 % minimum sur un plein-temps) dans un emploi adapté tel qu'ouvrier d'usine non spécialisé. L'assuré devait éviter le port de charges lourdes des deux mains simultanément et veiller à ne pas excessivement solliciter son membre supérieur gauche. Un travail assis avec possibilité d'alterner de temps en temps les positions assis-debout était préférable. Au vu de l'attitude non collaborante de l'assuré, le directeur du CIP a proposé à l'OCAI de clore le dossier.
19. Dans un rapport du 1er février 2002, le Dr C_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et que l'état de santé était stationnaire.
20. Dans un rapport du 25 mars 2002, le Dr D_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un soutien familial inadéquat, une solitude depuis 1991 et des difficultés liées à l'acculturation. Son patient présentait d'énormes difficultés linguistiques, était passif, inconstant et inconsistant. Il évoluait vers une déchéance socio-professionnelle. Ces affections entraînaient une perte complète de la capacité de travail.
21. Dans un rapport du 28 janvier 2004, le Dr D_____ a confirmé ses diagnostics précédents et constaté une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'état de santé était stationnaire.
22. Par décision du 3 mars 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que dans une activité adaptée, il présentait une capacité de travail de 70 %.

Dès lors, de la comparaison des revenus avant invalidité de 59'056 fr. et après invalidité de 21'770 fr., découlait un degré d'invalidité de 37 % n'ouvrant pas droit à une rente.

23. Par courrier du 18 mars 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a complété ses écritures par courrier du 22 avril 2005, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1er août 1993. Dans son opposition, il a notamment fait valoir que son état ne lui permettait pas de travailler et qu'au vu de la lenteur de la procédure, il convenait de traiter sa cause avec bienveillance.
24. Par décision du 16 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition au motif qu'il découlait des documents médicaux que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail totale. De surcroît, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité avait déjà reconnu son entière capacité résiduelle de travail dans des décisions précédentes, point sur lequel il ne pouvait plus être revenu.
25. Par courrier du 19 septembre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
26. Une audience de comparution personnelle s'est tenue devant le Tribunal le 22 novembre 2005, qui a abouti à un accord des parties.
27. Par arrêt du 22 novembre 2005 en la cause ATAS/1002/2005, le Tribunal de céans a donné acte à l'intimé de ce qu'il s'engageait à verser au recourant un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 40,37% dès le 1er mars 2001, avec intérêts usuels, a donné acte à l'intimé de ce qu'il s'engageait à instruire une demande de révision et à diligenter une expertise pluridisciplinaire.
28. Par décision du 12 décembre 2005, l'OCAI a octroyé au recourant un quart de rente à partir du 1er mars 2001.
29. En date du 19 décembre 2005, le recourant a remis à l'OCAI un formulaire de demande de révision de rente.
30. En date des 7 et 10 août 2006, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Les experts ont diagnostiqué des dorsalgies chroniques, un status post-fracture tassement du corps vertébral de D12, une discopathie D11-D12, une cyphose thoracique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'une modification durable de la personnalité, sans précision. La capacité résiduelle actuellement exigible dans une activité adaptée était de l'ordre de 50 %. Cette situation était susceptible d'évolution après une prise en charge médico-psychologique, une réévaluation étant dès lors nécessaire dans un délai de 2 ans. Les limitations étaient les suivantes : pas de travail en hauteur et en déséquilibre ou de mouvements contraignants en flexion et en torsion du torse, et pas de port de charges de plus de 10 kilos s'il s'agissait d'efforts répétitifs. Les

positions statiques prolongées étaient également à éviter. La capacité était diminuée d'au moins 25 % depuis le 16 août 1991. Le pronostic était réservé du fait des troubles psychiques associant une modification durable de la personnalité et un état dépressif, dans un contexte de douleurs chroniques du dos. La situation de retrait social, d'isolement et d'épuisement progressif des ressources psychiques constituait des éléments défavorables supplémentaires du pronostic. Un certain potentiel d'évolutivité subsistait néanmoins et l'expertisé ne s'était pas opposé à l'éventualité de suivre une psychothérapie adaptée. En cas d'efficacité du traitement médical bien conduit, une capacité de travail de l'ordre de 80 % pourrait être espérée, en tenant compte d'une diminution de rendement d'environ 20 %. L'observation d'éventuels effets du traitement psychiatrique sur l'état mental pourrait se manifester dans un délai d'un à deux ans (cf. rapport d'expertise du 29 septembre 2006).

31. Dans un avis du 8 novembre 2006, le Dr E _____, du SMR, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a indiqué que le taux de 50 % retenu par les experts relevait autant de l'atteinte physique que psychiatrique. Cependant, le trouble dépressif découlait de facteurs externes que l'assuré aurait pu éviter s'il avait repris un travail. Un tel trouble n'avait donc pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité. Comme il n'y avait pas de changement notable pour les autres problèmes de santé, l'appréciation précédente devait rester la même, à savoir une capacité de 80 % dans un poste adapté.
32. Par décision du 19 décembre 2006, l'OCAI a constaté que l'assuré présentait toujours une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Dès lors, la demande d'augmentation de rente a été rejetée.
33. Par courrier du 31 janvier 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 22 novembre 2006, tant qu'il ne lui sera pas proposé une situation professionnelle adaptée et, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente dans l'hypothèse où il lui était proposé une situation professionnelle adaptée. Il a tout d'abord rappelé que le traitement de son dossier avait fait l'objet de nombreux retards à la limite du déni de justice et qu'il avait déposé une demande initiale de rente plus de 15 ans auparavant. Par ailleurs, il a fait valoir que l'expertise avait pleine valeur probante et lui reconnaissait une capacité résiduelle de travail de 50 %, conclusion qui devait être suivie. En effet, l'avis du Dr E _____ ne pouvait remettre en question les conclusions dûment motivées des experts. Cependant, encore faudrait-il qu'un emploi adapté puisse lui être trouvé.
34. Dans sa réponse du 15 mars 2007, l'OCAI a fait valoir que de nombreux éléments démontraient que la compliance n'était pas optimale et qu'il n'existait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le recourant n'avait en effet suivi que sporadiquement ses entretiens chez son psychiatre et n'avait pas réussi à

établir une relation thérapeutique satisfaisante, ce qui avait retardé un traitement pharmacologique et psychothérapeutique adapté. Dès lors, l'Office ne pouvait se rallier aux conclusions émises par les médecins du COMAI.

35. La réponse de l'OCAI a été transmise à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La demande de révision ayant été déposée en décembre 2005, la LPGA s'applique au cas d'espèce. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable 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).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.
5. Il convient en l'occurrence d'établir la capacité de travail du recourant sur la base des documents médicaux à disposition, de dire si une aggravation de l'état de santé s'est produite depuis la demande de révision, puis de déterminer, le cas échéant, son degré d'invalidité en procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon 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).

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 maladif, 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. 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 1996 p. 318 consid. 2a; p. 321 consid. 1a; p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGa n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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'assurance-invalidité (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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'occurrence, par arrêt du 22 novembre 2005, le Tribunal de céans a donné acte à l'intimé de ce qu'il s'engageait à verser au recourant un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 40,37 % dès le 1er mars 2001, avec intérêts usuels, à instruire une demande de révision et à diligenter une expertise pluridisciplinaire. Sur la base des documents médicaux au dossier, le Tribunal de céans a ainsi constaté que le recourant ne présentait jusqu'à la date de l'arrêt qu'un degré d'invalidité lui ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité. Depuis lors, l'intimé a ordonné une expertise bidisciplinaire. Dans son rapport d'expertise du 29 septembre 2006, le consilium des experts diagnostique des dorsalgies chroniques, un status post-fracture tassement du corps vertébral de D12, une discopathie D11-D12, une cyphose thoracique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'une modification durable de la personnalité, sans précision. La capacité résiduelle

actuellement exigible dans une activité adaptée est de l'ordre de 50 %. Cette situation est susceptible d'évolution après une prise en charge médico-psychologique adéquate à laquelle le recourant s'est engagé. En cas d'efficacité du traitement médical bien conduit, une capacité de travail de l'ordre de 80 % pourrait être espérée, en tenant compte d'une diminution de rendement d'environ 20 %. L'observation d'éventuels effets du traitement psychiatrique sur l'état mental pourrait se manifester dans un délai d'un à deux ans ; une réévaluation est dès lors nécessaire dans un délai de 2 ans.

Il convient tout d'abord de constater que cette expertise remplit les exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître pleine valeur probante. Elle est complète, répond clairement aux questions posées et ses conclusions sont motivées. Elles devront être suivies par le Tribunal de céans, malgré l'avis contraire du SMR qui estime que le recourant n'a pas suivi de traitement psychiatrique adéquat et que son état dépressif ne peut pas être pris en considération dans l'évaluation de l'invalidité. Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, le recourant est suivi psychiatriquement depuis 1999 par le Dr D_____. Il ressort certes du dossier qu'il ne s'est rendu que sporadiquement à ses entretiens thérapeutiques, qu'il ne suit pas son traitement médicamenteux, qu'il n'a pas réussi à établir une relation thérapeutique satisfaisante et qu'il ne paie pas son psychiatre, raisons pour lesquelles les experts préconisent un suivi institutionnel. Cependant les experts ont été frappé par l'expression d'authentique désarroi de l'expertisé, et le Tribunal de céans mettra sur le compte des troubles psychiatriques mêmes du recourant ses difficultés à suivre un traitement adéquat. Cependant, les experts ont expliqué à l'assuré la nécessité d'un traitement psychiatrique bien conduit en milieu institutionnel de préférence que celui-ci s'est engagé à suivre. Le Tribunal de céans estime par conséquent au vu de l'état somatique et psychiatrique du recourant dont on ne peut estimer qu'il en est responsable qu'il présente une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles (pas de travail en hauteur et en déséquilibre, pas de mouvements contraignants en flexion et en torsion du torse, pas de port de charges de plus de 10 kilos s'il s'agit d'efforts répétitifs, pas de positions statiques prolongées). Une révision devra toutefois être entreprise dans les deux ans dès l'expertise, soit en août 2008 après un traitement psychiatrique bien conduit pendant cette période.

7. a) Il convient dès lors de déterminer le degré d'invalidité du recourant en procédant à une comparaison des revenus avant et après invalidité sur la base de l'année de référence 2001, compte tenu de l'octroi d'un quart de rente dès le 1er mars 2001.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

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 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.

Le revenu d'invalidité 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).

La notion du marché équilibré du travail (art. 16 LPGa) est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances

concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

b) Compte tenu du fait que l'assuré n'exerçait plus d'activité lucrative depuis l'année 1991 et qu'il a bénéficié d'un quart de rente depuis l'année 2001, il convient de se baser sur les salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'année 2000, revalorisés à l'année 2001 pour déterminer le revenu avant invalidité. Il y a lieu par conséquent de prendre le revenu statistique 2000, TA1, page 31, total hommes, activités simples et répétitives, ce qui correspond à un revenu moyen de 4'437 fr. par mois, soit à 53'244 fr. à plein temps. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 3-2006, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 55'640 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2001 (cf. La Vie économique, 3-2006, p. 91, B10.3), on obtient un revenu annuel avant invalidité de 57'000 fr. 50.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est également celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir soit à 53'244 fr. à plein temps et à 26'622 fr. à 50%. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1999, ce montant doit être porté à 27'820 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2001, on obtient un revenu annuel de 28'500 fr. 25. Enfin, compte tenu d'une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles, du permis de travail et du travail à temps partiel, le revenu d'invalidé s'élève à 24'225 fr. 20.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 57,50 %, qui ouvre droit à une demi-rente d'invalidité $([57'000 \text{ fr. } 50 - 24'225 \text{ fr. } 20] \times 100 : 57'000 \text{ fr. } 50 = 57,50)$.

8. Aux termes de l'art. 88bis al. 1 let. a) du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée. Le recourant a dès lors droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2005, sous déduction des montants déjà perçus à titre de quart de rente. Une révision sera en outre ordonnée dans les deux ans dès la date de l'expertise bidisciplinaire, soit dès août 2008, et le recourant est invité d'ici là à suivre un traitement psychiatrique adéquat, comme l'ont préconisé les experts, auprès d'un psychiatre, travaillant de préférence en institution.

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans le sens des considérants, dès décembre 2005.

Le recourant a par conséquent droit à des dépens qui seront fixés à 1'000 fr.

**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. Constate que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2005 sous déduction des montants déjà perçus à titre de quart de rente d'invalidité.
4. Dit que l'intimé devra procéder à une révision du droit à la rente dès août 2008.
5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant 1'000 fr. à titre de dépens.
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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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