

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3957/2007

ATAS/443/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 16 avril 2008

En la cause

Monsieur R_____, à ONEX, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Luis
ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après : l'assuré), a travaillé en dernier lieu comme aide-mécanicien dans une usine de cigarettes.
2. Depuis le 1^{er} avril 1995, un arrêt de travail de travail à 100% est attesté.
3. Selon le rapport du 4 décembre 1995 des Drs A_____ et B_____ du centre médical de l'Etablissement thermal cantonal vaudois de Lavey-les-Bains, l'assuré souffre d'une fibromyalgie, de rachialgies diffuses avec troubles statiques du rachis et dégénératifs lombaires, ainsi que d'une hémisacralisation de L5 gauche, et d'un état anxio-dépressif. Dans les plaintes actuelles est mentionnée l'apparition, depuis 1993-1994, de lombalgies et de cervicalgies qui augmentent progressivement d'intensité. Depuis 1995, les douleurs se sont généralisées dans toutes les articulations. Le patient présente aussi des céphalées diffuses en casque, mais se plaint surtout de rachialgies à caractère mécanique, limitant le périmètre de marche à quinze minutes et s'accompagnant de troubles sensitifs mal systématisés dans les jambes. Il fait également état de réveils nocturnes prolongés à cause des douleurs et d'une raideur matinale. Les médecins relèvent en outre des sentiments dépressifs en raison des douleurs, des troubles du sommeil, une abolie durant toute la journée et une intolérance au bruit et à la lumière. Quant à son emploi, ils indiquent qu'il ne comportait pas de port de lourdes charges. De l'avis des médecins, les plaintes sont disproportionnées par rapport aux constatations radiologiques, au niveau du rachis. Cette discordance s'explique par la présence de la fibromyalgie et d'un état anxio-dépressif. A la sortie du séjour dans l'établissement thermal, il n'y a aucune amélioration des douleurs ou de la mobilité des articulations. Toutefois, les médecins ont constaté une amélioration de la thymie, de la distance doigts-sol et de la mobilité cervicale. D'un point de vue strictement rhumatologique, une reprise progressive du travail pourrait être envisagée dans un emploi ne nécessitant pas de port de charges lourdes ou des positions statiques prolongées. De l'avis des médecins, le patient n'est cependant pas capable pour le moment de reprendre son activité professionnelle, probablement pour des raisons psychologiques. Une poursuite de la psychothérapie paraît indiquée, vu la présence d'une composante psychogène aux douleurs.
4. Par demande reçue le 13 février 1996, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.
5. Selon le rapport médical du 27 mai 1996 de la Dresse C_____, généraliste et médecin traitant, l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 30 avril 1995 et son état est stationnaire. Elle estime que l'état psychique et physique du patient ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Elle diagnostique une fibromyalgie, des syndactylies au niveau des doigts de la main

gauche, un état anxio-dépressif, des cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs et statiques de la colonne vertébrale, un canal lombaire étroit, une sinusite aiguë maxillaire gauche, une éthmoïdite, une ancienne mastoïdite, un kyste de rétention dans le sinus maxillaire gauche, une anite hémorroïdaire, une proctite, une incontinence anale sur hypotonie sphinctérienne, un status post-opératoire au niveau du sinus maxillaire et un status variqueux au niveau de la jambe gauche.

6. Selon le rapport médical du 24 octobre 1996 du Dr D_____, psychiatre, l'assuré présente des troubles somatoformes douloureux et un syndrome dépressif majeur récurrent d'intensité sévère. Sa capacité de travail est nulle depuis avril 1995 et pour une durée indéterminée.
7. Dans sa note du 26 février 1997, le Dr E_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), indique ce qui suit :

"Cas typique de fibromyalgie (ou syndrome somatoforme douloureux) qui relève essentiellement d'un malaise socio-professionnel : en général, insatisfaction au travail ou familial. Lorsqu'il existe un état dépressif sévère, une reprise de l'activité professionnelle n'est pas possible.

Proposition : admettre une incapacité de travail avec révision à un an".

8. Par décision du 18 juin 1997, l'OCAI octroie une rente d'invalidité entière à l'assuré à compter du 1^{er} septembre 1996, assortie de rentes complémentaires pour l'épouse et ses deux enfants.
9. Selon le courrier du 16 mars 2004 du Dr F_____, spécialiste en neurochirurgie, qui a vu l'assuré le 27 février et le 10 mars 2004, l'examen est caractérisé par l'absence d'un syndrome vertébral à proprement parler et d'un syndrome de compression radiculaire. En revanche, il est frappé par la présence de nombreux trigger-points au niveau des fascia et des insertions. Il constate également une inégalité de la longueur des membres inférieurs au détriment du côté droit, avec bascule du bassin et ébauche de scoliose dans le cadre d'une anomalie des transitions. Le status neurologique est normal.
10. En juin 2004, l'OCAI entame une procédure de révision. Dans un rapport du 29 juin 2004, la Dresse C_____ indique que l'état de son patient est resté stationnaire. En plus des diagnostics déjà mentionnés, il souffre d'une tendinopathie à l'épaule droite et d'un diabète de type II. Il continue à se plaindre d'importantes douleurs au niveau du rachis et lombaire, ainsi qu'au niveau des articulations. Il fait également état d'angoisse, d'asthénie, de troubles du sommeil et de la libido, malgré des traitements médicamenteux.
11. Selon le rapport du 18 août 2004 du Dr D_____, l'état est également stationnaire et évolue vers la chronicité. Le patient suit une pharmacothérapie et

une psychothérapie. Le pronostic est sombre. Le patient est en consultation une à deux fois par mois chez ce médecin. La compliance est assez optimale et il y a une assez bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

12. A la demande de l'OCAI, l'assuré fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale de Genève en septembre et octobre 2004. Selon les conclusions du collège d'experts, consignées dans leur rapport du 10 décembre 2004, il est atteint de troubles de l'humeur persistants, sans précision (F34.9), et de fibromyalgie. Ces atteintes ont une répercussion sur la capacité de travail. Sont sans répercussion sur celle-ci les troubles de l'érection, une inégalité de longueur du membre inférieur, une héli-sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire gauche et une hépatopathie d'origine indéterminée. Dans ses plaintes, l'assuré évoque en premier lieu des douleurs dorsales et seulement dans un deuxième temps un état dépressif. L'assuré présente par ailleurs un déconditionnement physico-psychique majeur, après tant d'années d'inactivité. Sur le plan psychique, la symptomatologie anxio-dépressive mixte atteint gravement l'incapacité de travail et la chronicisation, malgré le traitement psychique depuis plusieurs années, laisse présager un très mauvais pronostic. Quant aux limitations, elles ne peuvent être objectivées au plan physique. Les troubles de l'humeur entraînent cependant un manque d'entrain, une autolimitation par manque d'estime de soi, un ralentissement de l'exécution des tâches, ainsi qu'une persévérance fortement atteinte avec des abandons précoces. Sur le plan social, on observe un repli sur soi. Il y a une diminution de rendement au niveau psychiatrique, tant que les troubles de l'humeur persistants ne s'améliorent pas. Une reprise de travail n'est pas exigible en raison de l'anéantissement complet du rendement. Depuis la diminution de la capacité de travail en 1995, il n'y a pas eu d'évolution selon les médecins. A la question de savoir si l'assuré est capable de s'adapter à un environnement professionnel, les experts répètent qu'une activité professionnelle n'est pas envisageable à cause des pathologies psychiatriques. Il ressort par ailleurs de l'examen spécialisé de l'assuré par l'experte-psychiatre du Centre d'expertise médicale, la Dresse G_____, que la symptomatologie douloureuse est essentielle à l'assuré pour ne pas penser à ses autres problèmes et conflits psychiques. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables. Tout au plus une activité occupationnelle, avec une visée thérapeutique et dans un entourage adapté, pourrait être tentée. L'assuré s'est séparé de son épouse il y a deux ans. Il maintient uniquement des relations occasionnelles, entre deux à trois fois par mois, avec sa fille et plus rarement son fils, et a perdu le contact avec les copains. Il est isolé, n'a plus d'activités, ni de loisirs. Il lui arrive de ne plus sortir de chez lui pendant plusieurs jours et de rester alors en pyjama ou en training devant la télévision. Il fait le lien entre le début de sa souffrance et le décès accidentel de sa sœur cadette en 1995. Il prend, par ailleurs, un traitement antidépresseur et anxiolytique. Dans les constatations objectives, l'experte-psychiatre ne note pas de troubles majeurs de la concentration ou de la mémoire. La thymie de l'expertisée est entre neutre et triste,

étant précisé qu'il a des larmes dans les yeux pendant l'entretien. Il se plaint de troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit, d'anhédonie, d'une perte d'intérêt pour le monde et pour les autres. Il se sent seul, n'a pas d'idées suicidaires, mais en a eues dans le passé. Enfin, il présente une anxiété généralisée avec un sentiment d'oppression thoracique. L'experte-psychiatre note que l'assuré n'est plus déprimé depuis l'introduction d'un traitement par psychotropes, mais que la symptomatologie des douleurs continue. L'assuré l'informe de difficultés sexuelles persistantes, mais ne veut pas en parler. Ces difficultés ont fait l'objet de trois interventions chirurgicales et d'un suivi psychothérapeutique au service de sexologie. Une causalité entre la dépression récurrente et les difficultés sexuelles ne peut être exclue, de l'avis de la Dresse G_____ . L'assuré signale en outre à l'experte qu'il suit des séances chez son psychiatre toutes les quatre ou six semaines. Celle-ci relève qu'au vu de la durée des soins psychiatriques, sans rémission complète du problème psychique, une identité d'invalidé a pu s'installer et se fixer. La longue durée de l'incapacité de travail fait craindre que la possibilité de parvenir à un changement et une amélioration est très faible.

13. Dans un avis médical du 24 mars 2005, la Dresse H_____, du Service médical régional AI Léman (ci-après : SMR), indique ce qui suit :

"L'expertise COMAI confirme que cet assuré présente une fibromyalgie (syndrome douloureux chronique), accompagnée d'un trouble de l'humeur persistant. Pour les experts, la chronification du trouble psychique ne permet pas une reprise d'une activité quelconque. Dès lors, nous devons admettre une incapacité de travail totale dans toute activité de façon durable. Sur le plan somatique, une partie des symptômes pourrait être expliquée par une possible hémochromatose (...)"

La Dresse I_____ propose de soumettre l'expertise au Dr J_____.

14. Selon le rapport du 26 avril 2005 de ce dernier médecin, l'assuré est atteint d'une fibromyalgie, laquelle a une répercussion sur la capacité de travail, et d'une stéatose hépatique, sans répercussion sur la capacité de travail. L'état s'améliore. L'assuré a effectué un bilan sanguin, lequel a notamment permis de constater que les bilans hépatique et ferrique sont normaux.
15. Dans son avis médical du 29 juillet 2005, la Dresse H_____ indique que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan gastro-entérologique, selon le Dr J_____. Par ailleurs, à la relecture de l'expertise du COMAI, la Dresse H_____ constate que celle-ci laisse apparaître dans l'évaluation psychiatrique une amélioration de l'état thymique, lequel n'est plus invalidant dans le cadre du syndrome somatoforme douloureux persistant, ni ne trouve d'explication somatique et n'induit des limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire.

16. A la demande de la Dresse H_____, le Dr D_____ communique le 17 août 2005 la liste des médicaments psychotropes prescrits à son patient entre 1995 et 2005. S'agissant des effets de ceux-ci, il précise que chaque antidépresseur a été efficace un certain temps en attendant l'antidépresseur suivant.
17. Dans son avis médical du 12 septembre 2005, la Dresse H_____ estime qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré doit être admise avec l'introduction du Cipralex 10 mg depuis 2003. La comorbidité constatée par l'expertise interdisciplinaire correspond à une dysthymie et ne saurait dès lors être considérée comme grave. Sur le plan somatique, l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé. Elle n'admet pas non plus une perte d'intégration sociale, l'assuré voyant ses enfants tous les 15 jours, passant ses vacances au Portugal et parlant bien le français. Selon la Dresse H_____, il ne semble pas être dans un état psychique cristallisé. Elle considère également que les traitements conformes aux règles de l'art n'ont pas échoué, l'état psychique s'étant nettement amélioré. Cela étant, la Dresse H_____ conclut que les critères jurisprudentiels pour admettre que les troubles somatoformes douloureux persistants sont invalidants, ne sont pas remplis. Elle propose de mettre rapidement en œuvre des mesures professionnelles, l'ancienne activité nécessitant de nombreux mouvements latéraux du tronc n'étant plus exigible.
18. Par courrier du 18 janvier 2006, le Dr K_____, neurologue, demande à l'assurance-maladie de son patient si elle prendrait en charge un traitement chirurgical de l'impuissance avec reconstruction veineuse. Dans sa lettre, il note que l'assuré avait déjà bénéficié d'une ligature de veines péniennes en août 2000 pour une fuite veineuse documentée, et qu'après une période de nette amélioration les troubles érectiles ont récidivé.
19. Le 2 mai 2006, l'assuré a un entretien avec le Service de la réadaptation professionnelle de l'OCAI. Au premier abord, il parle rapidement, avec une mimique gestuelle expressive et participe activement à l'entretien, posant de nombreuses questions. Après avoir appris qu'il ne présente plus d'atteintes à la santé justifiant le versement d'une rente, il reste calmement assis pendant une heure, tout en faisant état de douleurs insupportables à la hanche, de son diabète, des psychotropes et du médicament pour l'estomac et l'intestin. Une activité de deux à trois heures par jour est inconcevable, selon l'assuré. Quant à ses intérêts et loisirs, il est relevé dans ce rapport que l'assuré suit des cours de peinture et de français à la Maison onésienne où il semble également passer une grande partie de sa journée. Le Service de réadaptation tente de le motiver pour mettre en valeur ses capacités et compétences avec son soutien. Il précise que "pour les raisons bien formulées dans la synthèse du COMAI, l'assuré refuse avec détermination l'évaluation du SMR et, par conséquent, toute proposition allant dans le sens de la réinsertion professionnelle, même dans un environnement protégé". Compte tenu des "résistances apparemment insurmontables", des mesures d'ordre professionnel ne

sont pas envisageables. La réadaptation professionnelle calcule enfin sa perte de gain à 30,6%.

20. Par décision du 22 mai 2006, l'OCAI supprime la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de cette décision, en se fondant sur l'appréciation du SMR.
21. Par courrier du 14 juin 2006, l'assuré forme opposition à cette décision. Il allègue qu'il souffre toujours des conséquences de la fibromyalgie et de la dépression chronique.
22. Selon le rapport du 21 septembre 2006 du Dr L_____ du Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le bilan biologique n'a notamment pas montré de syndrome inflammatoire ou d'hémochromatose. Il retient ainsi le diagnostic de fibromyalgie pour expliquer la symptomatologie douloureuse, tout en n'excluant pas que le patient ait présenté une arthrite réactionnelle à uréaplasma uréalyticum. Il n'y a pas de critères diagnostiques en faveur d'une spondylarthrite ankylosante.
23. Selon le rapport médical de la Dresse M_____ du 14 mars 2007, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. Ce médecin diagnostique des cervico-dorsolombalgies aiguës, un trouble statique et dégénératif de la colonne lombaire, une discopathie C6-C7 et un canal lombaire étroit, avec probable conflit radiculaire, une spondylarthropathie, des gonalgies aiguës sur gonarthrose, une stéatose hépatique et une ancienne hépatite B. Le patient se plaint de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis, douleurs accompagnées de blocage et de fourmillements au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il souffre aussi de douleurs au niveau des articulations, de maux de tête, de vertiges, d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. L'état s'est aggravé depuis deux ans environ. La Dresse C_____ estime que la compliance est optimale et qu'il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Une reprise du travail n'est pas envisageable.
24. Selon le rapport médical du 5 avril 2007 du Dr D_____, l'état de santé du patient est resté stationnaire et évolue vers la chronicité. La capacité de travail est nulle.
25. Du 22 janvier au 23 février 2007, l'assuré est pris en charge par le Centre de thérapies brèves (ci-après : CTB) de la Servette. Selon le rapport de la Dresse N_____, les diagnostics principaux sont les suivants: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, et syndrome douloureux somatoforme persistant. Le patient présente une exacerbation du symptôme dépressif en raison de la solitude et exprime une idéation suicidaire avec l'idée assez claire d'ingérer des médicaments, surtout des somnifères. A l'entrée au CTB, il est ponctuel, bien soigné, légèrement tonique et très curieux. L'humeur est

modérément déprimée. La dernière semaine, il a passé par une régression qui s'est manifestée par une verbalisation des plaintes somatiques et un retrait, ainsi qu'un repli sur lui-même. Par la suite, l'humeur s'est améliorée et l'assuré est devenu plus interactif. Il a ainsi repris ses activités à l'extérieur et pu se projeter dans des petits projets pour améliorer son quotidien. Un soutien de nuit prévu au départ en raison d'un grand sentiment de solitude s'est avéré incompatible avec les douleurs dans les différents points fibromyalgiques, suite au changement de lit. Ainsi, le patient n'a bénéficié finalement que d'un soutien journalier.

26. Dans son rapport du 26 avril 2007, le Dr. O_____, rhumatologue, pose le diagnostic de fibromyalgie, possible arthrite réactionnelle à l'ureaplasma, dépression traitée, diabète non insulino-dépendant et d'ostéatose hépatique et ancienne hépatite B. Ces atteintes ont une répercussion sur la capacité de travail . Dans l'annexe à son rapport médical, il indique que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible et qu'une autre activité serait cependant envisageable à raison d'une à deux heures par jour, s'il n'y a pas de stress d'un rendement. Il y a une diminution du rendement en raison du déconditionnement physique et du syndrome douloureux.
27. Dans son avis médical du 11 juillet 2007, le Dr P_____, spécialiste en médecine interne du SMR, indique qu'il n'existe pas de faits nouveaux, hormis une très légère aggravation de l'ostéophytose antérieure L3-L4 en rapport avec l'âge. Ainsi, les conclusions de la Dresse H_____ restent valables.
28. Par décision du 21 septembre 2007, l'OCAI rejette l'opposition de l'assuré.
29. Par acte du 22 octobre 2007, l'assuré interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à l'audition des médecins traitants, ainsi que principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite des dépens. Pour l'essentiel, il fait valoir que les conditions d'une révision de rente ne sont pas réalisées en l'absence d'un état globalement stationnaire, même si, à certains moments, il y a une légère amélioration. Il souligne également que le rapport d'intervention du CTB a démontré une aggravation passagère.
30. Par préavis du 22 novembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, l'état de santé s'étant amélioré et les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés pour admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie.
31. Sur quoi, 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré depuis la décision d'octroi de rente du 18 juin 1997, au point de justifier la suppression de cette prestation.
4. 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, il convient de préciser que 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; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce changement ne supprime tout ou partie de la rente que si on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même si le changement a déjà duré trois mois, sans interruption notable, pour autant qu'aucune complication prochaine ne soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA).

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 premier plan figure 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 traitement), 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 (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux sont applicables par analogie à la fibromyalgie.(ATF 132 V 70 consid. 4.1).

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).

7. En l'espèce, l'intimé a estimé, sur la base de l'avis médical de la Dresse H_____, que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis 2003 en ce qui concerne les troubles dépressifs. Il est vrai que le Dr D_____ a diagnostiqué, dans son rapport du 24 octobre 1994, un syndrome dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, alors que ce diagnostic n'est plus retenu dans l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 10 décembre 2004. Par ailleurs, si une invalidité a été admise à l'époque, c'est en raison de la sévérité de ce syndrome dépressif, comme cela résulte de l'avis médical du Dr E_____ du 26 février 1997.

Il n'en demeure pas moins que tous les médecins traitants et les experts ont considéré que l'état du recourant est resté stationnaire depuis 1997 et qu'il n'y a, dans l'ensemble aucune amélioration, hormis une amélioration de la thymie, mais non pas une rémission complète du trouble dépressif. Au vu des diagnostics psychiatriques posés, une comorbidité grave au sens de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral, ne peut cependant plus être retenue.

Il convient, par conséquent, d'examiner le caractère invalidant de la fibromyalgie à la lumière des critères élaborés par notre Haute Cour. A cet égard, il y a lieu d'admettre que le recourant présente des affections corporelles chroniques et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. En effet, depuis des années, il souffre de douleurs dans toutes les articulations, ainsi que de multiples affections annexes, notamment de troubles de l'érection ayant nécessité de multiples interventions. Certes, ces affections ne sont pas invalidantes en soi, mais il ne peut être nié qu'elles doivent affecter à la longue l'état psychique, voire qu'elles participent au trouble psychiatrique. Par ailleurs, un repli sur soi important doit être retenu, dès lors que le recourant ne voit plus ses copains et que ses contacts se limitent à ses enfants, essentiellement sa fille, qu'il voit deux ou trois fois par mois, et à ses médecins. Un important sentiment de solitude est aussi relevé dans le rapport du CTB. Ainsi, même s'il n'y a pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, il ne peut être nié qu'elle est importante, s'agissant d'un assuré qui vit seul. A cela s'ajoute que, selon la Dresse G_____, le recourant présente probablement un état psychique cristallisé. Elle se demande, en effet, si la symptomatologie douloureuse a dû exister pour permettre au recourant de ne pas penser aux autres problèmes du conflit psychique. A cela s'ajoutent des difficultés sexuelles, pour lesquelles il a subi des interventions chirurgicales et un suivi psychothérapeutique au Service de sexologie des HUG. La symptomatologie douloureuse et dépressive est enfin liée à un événement extérieur de la vie, soit le décès accidentel de sa sœur cadette en 1995. Cependant, peu d'informations sont données sur les interactions concrètes de ce vécu avec les troubles somatiques et psychiatriques apparus par la suite. Il convient toutefois de noter que le recourant manque d'introspection, comme cela est relevé dans le rapport du CTB, de sorte qu'il est probablement difficile de comprendre ce qui s'est passé dans le psychisme du recourant à ce moment. Sur la base du rapport du Centre d'expertise médicale et de l'anamnèse, le Tribunal de céans estime néanmoins convaincant qu'un état psychique cristallisé est réalisé selon toute vraisemblance. Il y a également lieu d'admettre que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué, y compris les nombreux antidépresseurs introduits depuis 1995, dès lors qu'ils n'ont amélioré que partiellement la thymie.

Enfin, il est frappant de voir les demandes très nombreuses d'examens médicaux du recourant, demandes qui n'ont jamais cessé. Ainsi, en plus des consultations auprès de ses médecins traitants, il a été vu le 18 mai 1995 par le Dr Laurent GIRARD, gastroentérologue, qui a procédé à une rectosigmoïdoscopie avec anoscopie, laquelle a permis d'établir une anite hémorroïdaire et une proctite. Le 19 mai 1995, il a été examiné à la consultation de rhinologie de la Policlinique d'oto-rhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG, en raison de céphalées frontales récidivantes et de rhinorrhées, et un IRM du massif facial et du cerveau a été réalisé à cette occasion. Le 2 octobre 1995, l'assuré a consulté le Dr Q_____ en raison de séquelles de brûlures à la main gauche survenues à l'âge

d'un an, brûlures qui ont occasionné des syndactylies. Le 22 octobre 1997, le recourant a subi une intervention chirurgicale consistant en une cure chirurgicale de syndactylies de la main gauche avec plastie et greffe de peau. Le 11 mars 1998 a été pratiquée une deuxième opération à la main gauche consistant en une mise en place de quatre greffes. Le 25 août 2000, le Dr K_____ a procédé à une ligature pénienne pour des troubles érectiles sur fuite veineuse. Des examens radiologiques et une échographie de l'épaule droite ont été effectués en avril 2001. En 2002, le recourant a été adressé à la Polyclinique de dermatologie, afin d'exclure une infection syphilitique. Dans leurs rapport du 6 novembre 2002, les médecins de cette polyclinique ont fait état d'une ancienne syphilis traitée et que le recourant se plaignait de troubles de l'érection, d'un manque de libido et de douleurs dans les voies génitales. En décembre 2002, le recourant s'était soumis à un examen radiologique du thorax. Au printemps 2004, la Dresse M_____ l'a envoyé au Dr F_____ pour son problème rachidien. Le 22 avril 2004, l'assuré a été examiné par le Dr O_____ et en mai 2004, une tomодensitométrie axiale computerisée de l'abdomen supérieur et une échographie de contrôle de la vésicule biliaire ont été pratiquées, à la demande de ce médecin. En mars 2004, le recourant a fait l'objet d'un examen radiologique de la colonne lombaire. L'assuré a été adressé le 11 juin 2004 au Dr S_____, spécialiste en hématologie. En septembre 2004, la Dresse M_____ l'a envoyé au Dr J_____ pour un avis hépatique. En octobre 2005, un examen radiologique des genoux a été pratiqué. En décembre 2005, le Dr K_____ a trouvé une fuite veineuse bilatérale au niveau du pénis. Le 16 mars 2006, il s'est fait examiner par la Dresse T_____, dermatologue, car il s'inquiétait pour quelques lésions cutanées. Le 22 juin 2006, le recourant a consulté de nouveau le Dr O_____ dans le cadre de rachialgies inflammatoires en augmentation depuis quelques mois, associées à des polyarthralgies des mains, poignets, hanches et genoux. Ce médecin a fait faire des examens radiologiques de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, ainsi que des mains. En septembre 2006, le recourant a été envoyé au Service de rhumatologie des HUG, une spondylarthropathie étant suspectée, et il a vu la Dresse U_____ pour une douleur thoracique.

Il est également à relever que les plaintes du recourant n'ont pas laissé les experts insensibles, dès lors qu'ils ont estimé qu'il était incapable de travailler à cause des atteintes psychiques.

Sur la base de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques du recourant et de l'analyse des critères jurisprudentiels, le Tribunal de céans estime que la fibromyalgie ne pourrait être surmonté en l'occurrence par un effort de volonté, de sorte que son caractère invalidant doit être admis, ainsi que l'ont souligné les experts du Centre d'expertise médicale de Genève. Par conséquent, une amélioration notable de l'état de santé ne saurait être retenue. Les conditions d'une révision matérielle ne sont donc pas réalisées.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision annulée.
9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
10. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 21 septembre 2007.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé..
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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