REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/420/2007 **ATAS/1294/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 22 novembre 2007

En la cause

Monsieur D_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier CRAMER	recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Olivier LEVY
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en mai 1953, d'origine portugaise, marié et père d'un enfant, a travaillé jusqu'au 4 avril 1999, en tant que directeur et comptable de l'entreprise X_____ SA, faillie depuis le 13 décembre 1999. Son dernier salaire annuel, en 1998, s'est élevé à 84'500 fr. (6'500 fr. x 13).

2. Le 4 janvier 2001, il a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une fibromyalgie présente depuis 1997/1998.

3. Le 22 janvier 2001, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales et médecin traitant de l'assuré, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué des cervico-brachialgies chroniques avec tunnel carpien bilatéral (présentes depuis 1990, suite à une agression, et en augmentation progressive), des dorso-lombalgies chroniques (depuis 1999), une fibromyalgie (apparue fin 1999, onze points positifs sur dix-huit) ainsi qu'un état dépressif. Ce dernier était survenu au début de l'année 2000, date à laquelle l'état clinique du patient s'était péjoré de manière très importante péjoration.

4. Le 17 mai 2001, le Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OCAI qu'il avait suivi l'assuré régulièrement deux fois par mois entre les mois d'octobre 2000 et janvier 2001 mais qu'il avait lui-même dû réduire son activité en raison d'une grave maladie, de sorte qu'il n'était plus en mesure de fournir d'indications sur le suivi médical et l'état de santé de son patient.

5. Le 29 juin 2001, la Dresse C_____, du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), clinique de psychiatrie adulte, secteur Jonction, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel elle a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un épisode dépressif moyen. Elle a qualifié l'état de santé du patient de stationnaire et expliqué que ce dernier souffrait de douleurs chroniques très importantes au niveau des articulations, qu'il présentait une thymie triste, de l'anxiété, de l'irritabilité et des difficultés de concentration et qu'il ressentait un sentiment de désespoir par rapport à la maladie. Le pronostic demeurait incertain, l'état psychique étant influencé par les douleurs.

6. Le 19 septembre 2001, le Dr E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a préconisé un complément d'examen à effectuer au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR Léman).

7. Le 10 décembre 2002, les Drs F_____ et G_____, du SMR Léman, ont rendu un rapport d'examen clinique bidisciplinaire.

Ils ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles statiques et spondylarthrosiques rachidiens, des dysesthésies des mains d'origine indéterminée (status après cure de tunnel carpien bilatéral) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode alors léger chez une personnalité à traits narcissiques.

Après avoir effectué des anamnèses familiale, professionnelle, générale et psychosociale détaillées, ils ont relevé que l'examen clinique de médecine interne, complété d'un examen ostéo-articulaire et neurologique détaillé, n'apportait pas la preuve d'une maladie osseuse, articulaire, neurologique évolutive ou invalidante. Le status restait parfaitement normal, sans corrélation avec les plaintes de l'assuré. Il existait des discordances au status, des signes d'amplification.

Les médecins ont relevé des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique : état dépressif léger, troubles modérés de l'attention et de la concentration, insomnies et fatigabilité liées aux douleurs. Ils ont ajouté que dans un métier de force comme celui du bâtiment, les discopathies décelées seraient susceptibles de se décompenser, de sorte qu'il faudrait éviter le port répétitif de charges de plus de 25-30 kilos ainsi que les positions du tronc en porte-à-faux.

Concernant la capacité de travail exigible, les médecins du SMR Léman ont relevé que si l'assuré avait présenté un état dépressif justifiant une incapacité de travail à 100% dès le 17 octobre 2000 (date à laquelle il avait été pris en charge par le Dr B_____), son état s'était amélioré au point de permettre l'exercice à 70% de son activité habituelle dès le 29 octobre 2002 (date de l'examen au SMR), compte tenu des limitations fonctionnelles retenues aux plans rhumatologique et psychiatrique.

8. Les conclusions des Drs F_____ et G_____ ont été intégralement reprises lors du rapport global du SMR Léman rendu le 24 décembre 2002 et signé par le Dr H_____.

9. Par décision du 13 juin 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% du 1er octobre 2001 au 31 octobre 2002. L'OCAI a expliqué que la capacité de gain de l'assuré se confondait avec sa capacité de travail et que s'il avait limité l'octroi de la rente au 31 octobre 2002, c'est qu'à ce moment-là, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70%.

10. Par écriture du 11 juillet 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant à son annulation dans la mesure où elle lui refusait l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 octobre 2002, à une instruction complémentaire.

11. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit :

- des certificats d'arrêt de travail rédigés par le Dr I_____, du département de psychiatrie des HUG, attestant de son incapacité de travail depuis le 1er octobre 2002;

- un rapport du 24 juin 2003 des Drs I_____ et J_____, chef de la clinique de psychiatrie adulte des HUG, relevant que, malgré la fréquence des rendez-vous et le renforcement du traitement anti-dépresseur, leur patient présentait encore un état dépressif moyen avec des douleurs chroniques l'empêchant d'avoir une activité et entraînant une péjoration de son état psychique, qu'il n'y avait pas vraiment eu de rémission pendant l'année, même partielle et que vu son état clinique stationnaire, l'incapacité de travail de 100% devait être maintenue pour une période indéterminée.

S'agissant par ailleurs des périodes de cotisations retenues pour la rente, l'assuré a relevé être arrivé en Suisse en 1985, à l'âge de 32 ans et avoir auparavant cotisé au Portugal. Il a également demandé qu'une bonification pour tâches éducatives soit prise en compte depuis 1979, année de naissance de sa fille.

12. Par écriture complémentaire du 31 juillet 2003, l'assuré a complété son opposition en alléguant que la décision de l'OCAI contredisait de manière évidente l'état de fait puisqu'elle retenait que son incapacité de travail était passée de 100% à 30% le 29 octobre 2002 alors que son médecin psychiatre avait indiqué dans un rapport du 24 juin 2003 que son état de santé était stationnaire et son incapacité de travail de 100%.

L'assuré a par ailleurs reproché aux médecins du SMR de n'avoir pas effectué de nouvelles radiographies alors que les dernières qui avaient été versées à son dossier avaient été réalisées plus de trois ans et demi plus tôt.

L'assuré a enfin critiqué le fait que l'OCAI n'ait pas procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité.

13. Le 7 octobre 2003, les Ds F_____, G_____ et K_____, appelés à se déterminer sur les pièces médicales produites par l'opposant, ont maintenu leur position.

14. Par décision sur opposition du 24 novembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 13 juin 2003. L'OCAI a considéré que l'examen bidisciplinaire du SMR Léman répondait aux critères de la jurisprudence en matière de valeur probante de sorte que ses conclusions devaient être suivies.

15. Par écriture du 8 janvier 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à un complément d'instruction, au besoin sous la forme d'une nouvelle expertise et, principalement, à l'annulation de la décision sur

opposition en tant qu'elle refusait l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2002.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit :

- un rapport médical établi le 26 février 2001 par les Drs L_____, M_____ et N_____, du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, dans lequel ces médecins ont posé le diagnostic de syndrome tunnel carpien bilatéral opéré en 1999, de discopathies D12- L1, L3-L4 et L5-S1, de fibromyalgie et d'épisode de dépression moyen en ajoutant que l'assuré présentait également des douleurs lombo-sacrées d'origine ostéo-articulaire dont le substrat anatomique était confirmé par imagerie (discopathie pluriétagée);

- un rapport du Dr O_____, du même service, daté du 19 novembre 2003, confirmant les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif et relevant que le patient était très limité dans sa vie quotidienne par les douleurs, qu'il ne pouvait monter qu'un étage et marcher que quelques mètres, qu'il s'obligeait à sortir régulièrement avec son chien et lisait un peu dans la journée, qu'il se plaignait d'une très grande irritabilité, d'une tension interne constante, de troubles de la mémoire et de la concentration; le médecin a ajouté avoir constaté un score sur l'indice de dépression de BECK très élevé (31);

- un rapport du Dr P_____, du département de psychiatrie des HUG, diagnostiquant un trouble somatoforme douloureux ainsi que des troubles bipolaires et un épisode actuel dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

L'assuré a souligné que tous ses médecins appréciaient sa capacité résiduelle de travail différemment des médecins du SMR Léman.

16. Le 22 janvier 2004, le recourant a encore produit un rapport du Dr A_____ daté du 19 janvier 2004 expliquant de manière détaillée son parcours médical et concluant à une absence d'amélioration de son état de santé.

17. Le 14 juillet 2004, le Dr P_____ a rédigé un nouveau rapport dans lequel il a maintenu les diagnostics de trouble bipolaire II, épisode actuel dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques et trouble somatoforme douloureux persistant. Le médecin a relevé une légère amélioration au niveau de l'irritabilité et de l'humeur dépressive, mais ajouté que le patient présentait toujours une anhédonie, des insomnies et un manque de motivation associé à des douleurs migratoires intenses ne s'améliorant pas malgré les traitements prescrits. Selon lui, vu ces symptômes psychiques et somatiques, l'assuré n'était pas en mesure de

reprendre le travail et sa capacité de travail devait être considérée comme nulle pour une durée indéterminée.

18. Le 30 novembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a rendu un arrêt (ATAS 1013/04) aux termes duquel il a admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Le TCAS a reproché à l'examen du SMR Léman du 10 décembre 2002 de ne remplir qu'en partie les exigences requises par la jurisprudence et à l'OCAI, de n'avoir pas pris en considération l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et de s'être borné à se référer à la seule analyse effectuée par les spécialistes du SMR Léman, négligeant ainsi de procéder à une appréciation complète et rigoureuse des preuves.

Le TCAS a relevé des contradictions dans l'expertise du SMR (les médecins, après avoir indiqué dans un premier temps qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, avaient dans un second temps admis « plusieurs limitations fonctionnelles […] sur le plan psychiatrique » [cf. expertise p. 5]).

Il s'est par ailleurs étonné du fait que les Drs F_____ et G_____ soient parvenus à la conclusion que l'état dépressif de l'assuré s'était amélioré au point qu'il recouvre une capacité résiduelle de travail de 70% dès le 29 octobre 2002 sans étayer leurs conclusions d'aucune manière et ce, en totale contradiction avec l'opinion de tous les autres praticiens ayant été amenés à se déterminer.

Le TCAS a encore constaté que les médecins du SMR n'avaient examiné l'assuré que très brièvement (une vingtaine de minutes pour le Dr F_____, rhumatologue, et une dizaine de minutes pour ce qui concerne le Dr G_____, psychiatre). Il a considéré que s'il n'était certes pas utile de procéder à de longues investigations médicales, un examen de dix minutes semblait manifestement insuffisant pour se déterminer sur l'état de santé psychique d'un assuré.

Enfin, le TCAS a relevé que l'ensemble des nombreux autres médecins ayant été appelés à se déterminer sur le cas du recourant avaient conclu à une totale incapacité de travail.

19. Suite à l'arrêt du TCAS, l'OCAI a mandaté le Centre d'expertise médicale de la policlinique médicale universitaire de Lausanne. Une expertise multidisciplinaire a été mise sur pied par les Drs Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, Munir ZIADÉ, spécialiste FMH en rhumatologie, et S_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Les médecins ont indiqué que le patient se plaignait avant tout de douleurs généralisées et diffuses rachidiennes avec des cervicalgies étendues, des scapulalgies bilatérales irradiant dans les bras, les coudes, les avant-bras et jusque dans les deux mains. Cette symptomatologie douloureuse généralisée a été décrite par le patient comme permanente et son intensité évaluée sur une échelle visuelle analogique à 8,5/10 avec des minima de 7/10 et des pics douloureux allant jusqu'à 9,5/10. Le patient s'est également plaint d'une sensation de fatigue généralisée importante et permanente aggravée par les douleurs et les troubles du sommeil, de céphalées s'accompagnant parfois de sensations vertigineuses. Il s'est dit déprimé en permanence et a décrit des périodes d'angoisse et parfois de désespoir avec des sentiments de dévalorisation et de culpabilité.

Les Drs S_____ et R_____, psychiatres, ont expliqué que leur examen clinique a mis en évidence un syndrome somatoforme douloureux persistant s'exprimant au moment où l'expertisé - qui a énormément investi dans sa vie professionnelle - s'est retrouvé au chômage suite à la faillite de son entreprise. Étant comptable dans cette entreprise, il s'est senti responsable de cette faillite. Ce choc s'est exprimé par une symptomatologie douloureuse qui s'est généralisée. Au chômage, l'assuré a développé un épisode dépressif qui n'a répondu à aucun traitement.

Les médecins ont souligné que la présence des traits narcissiques compliquait le tableau et la prise en charge de l'état dépressif et que dans ce contexte, on pouvait imaginer que la symptomatologie dépressive s'était désormais chronifiée et qu'il serait très difficile pour le patient de se sortir de cette identité dépressive. Les médecins ont également relevé que l'assuré s'était présenté comme extrêmement plaintif durant l'entretien, insistant sur le fait qu'il n'avait pas d'énergie et qu'il n'était capable de rien.

L'ensemble des médecins experts a finalement retenu les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de personnalité à traits narcissiques. Ils ont également mentionné, mais en précisant qu'ils étaient sans conséquence sur la capacité de travail, une neuropathie sensitivomotrice du nerf cubital droit, un status post-chirurgie de cure d'un syndrome du tunnel carpien droit et gauche, un status post-fracture du poignet droit et des antécédents de coups et blessures suite à une agression ayant occasionné des contusions cervico-dorsales et des fractures des côtes.

L'examen clinique a été marqué par la positivité douloureuse de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit et la présence de quatre signes comportementaux selon Wadell sur cinq, révélateurs d'un vécu douloureux très marqué. Les médecins ont donc confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en indiquant que la diffusion des douleurs et les troubles associés dépassaient clairement le strict cadre diagnostique de la fibromyalgie.

Sur le plan psychique, ils ont indiqué que la thymie était abaissée et que l'état dépressif se manifestait par une tristesse, une perte d'espoir, une anhédonie et une aboulie. Ils ont également relevé un sentiment d'inutilité conduisant à des idées d'abandon et de fuite. Ils ont qualifié l'épisode dépressif de moyen avec syndrome somatique, et précisé que la présence du trouble de la personnalité compliquait le tableau psychique dépressif et rendait la prise en charge plus difficile. Selon eux, la symptomatologie dépressive s'est chronifiée dans le cadre d'un envahissement douloureux généralisé. Ils ont ajouté que le recours aux traitements antalgiques morphiniques, bien qu'inadéquats dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme, semblait avoir été inéluctable face aux plaintes algiques généralisées. La prise de la morphine, débutée en mai 2005, semble avoir amélioré quelque peu la symptomatologie douloureuse. Le traitement antidépresseur a quant à lui été modifié à de nombreuses reprises et le dosage biopharmacologique réalisé en juin 2005 ne peut être interprété définitivement à la lumière de ces changements. Les taux sériques nettement infrathérapeutiques ne correspondent pas à la notion anamnestique de la prise d'une dose élevée de médicaments.

Les médecins ont estimé qu'une appréciation globale permettait de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré comparativement à l'évaluation d'octobre 2002. Ils ont précisé que cette aggravation concernait essentiellement l'épisode dépressif qu'ils ont qualifié de moyen alors qu'en 2002, il n'était que léger, et que le trouble dépressif remplissait actuellement les critères d'une problématique à part entière et ne représentait plus une simple "manifestation d'accompagnement" du syndrome douloureux. Ils ont ajouté que la chronicisation du syndrome douloureux constituait également un facteur aggravant et qu'il était démontré objectivement par la prise de doses importantes d'opiacées majeures.

En dépit de cette aggravation intervenue depuis 2002, les médecins ont estimé que l'assuré possédait certainement encore des ressources et qu'il persistait une capacité de travail partielle dans une activité de bureau pour laquelle il a une formation a priori adéquate. Ils ont évalué cette capacité de travail dans une telle activité à 50%. Ils ont néanmoins précisé qu'après la longue période d'inactivité, cette capacité de travail devrait être obtenue progressivement et nécessiterait un soutien et une valorisation personnelle de l'assuré. A été décrite comme adaptée une activité correspondant à un travail de bureau avec la possibilité de se mouvoir pour alterner les positions assise et debout. Selon les médecins, le succès d'une telle réinsertion serait a priori en mesure d'améliorer la situation du patient sur le plan psychiatrique.

En conclusion, les médecins ont estimé que la capacité de travail avait été nulle jusqu'au 31 octobre 2002. Ils se sont ensuite référés à l'évaluation bidisciplinaire du SMR qui avait conclu à une capacité de travail de 70% à partir du mois de novembre 2002. Ils ont ajouté que les rapports médicaux des psychiatres et

médecins traitants avaient état d'une aggravation de l'état de santé à partir de janvier 2004. Ils ont préconisé une mise à niveau des connaissances et souligné que le trouble de la personnalité limitait les capacités d'adaptation de l'assuré et qu'il faudrait également tenir compte de la prise de médicaments morphiniques (pièce 103 OCAI).

20. Le Dr E_____, du SMR, a rendu un avis en date du 28 février 2006. Il a estimé que le COMAI reprenait les mêmes diagnostics que les médecins du SMR et que seule différait l'appréciation de la capacité de travail (50% contre 70%), ce qu'il a expliqué par le fait que l'état dépressif était qualifié de moyen, alors qu'à l'époque de l'examen du SMR, il avait été qualifié de léger. Il a retenu que tant l'expertise que l'avis du SMR réfutaient l'avis des médecins traitants et l'opinion que la capacité de travail de l'assuré serait nulle. Le Dr E_____ a fait remarquer par ailleurs que les dosages sanguins, très faibles, des antidépresseurs, ne correspondaient pas à la dose déclarée par l'assuré, ce qui démontrait un manque de compliance évident. Il a relevé qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique concomitante à la fibromyalgie, hormis l'état dépressif moyen qui est considéré comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, il a ajouté : "des traits de personnalité, tout le monde en a et ceci n'a pas empêché l'assuré de travailler à satisfaction durant de nombreuses années". Le Dr E_____ a émis l'opinion qu'il n'y avait pas d'affection somatique importante pouvant influencer négativement la capacité de travail, que l'assuré avait conservé une vie familiale "correcte même si elle s'est un peu réduite", qu'il persistait une capacité de travail "ce qui, par définition, montre qu'il n'y a pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie" et que la situation n'était pas cristallisée puisqu'une reprise du travail pourrait avoir un effet favorable sur le psychisme de l'assuré et que ce dernier avait encore des ressources. Il a terminé en alléguant qu'il n'y avait pas eu démonstration de l'échec de tous les traitements puisque les dosages sanguins ne correspondaient pas à la médication prescrite. Il en a tiré la conclusion que le trouble somatoforme douloureux persistant ne devait pas se voir reconnaître de caractère invalidant justifiant une incapacité de travail durable dans l'activité de comptable (pièce 97 OCAI).

21. Par décision du 27 mars 2006, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1er octobre 2001 au 31 octobre 2002. L'OCAI s'est référé à l'avis du SMR pour conclure à l'absence de pathologie psychiatrique concomitante hormis l'état dépressif moyen dont il a considéré qu'il faisait partie du trouble somatoforme douloureux. Il a également conclu à l'absence d'affections somatiques importantes pouvant influencer négativement la capacité de travail, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé et d'une démonstration de l'échec de tous les traitements. Considérant qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte et que l'incapacité de travail attestée médicalement se confondait dès lors avec l'incapacité de gain,

l'OCAI a conclu à un taux d'invalidité au 29 octobre 2002 de 30%, insuffisant pour maintenir le droit à la rente au-delà du 31 octobre 2002.

22. Par courrier du 12 mai 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a fait remarquer que bien que le TCAS, dans son arrêt du 30 novembre 2004, ait nié la valeur probante du rapport du SMR, l'OCAI a persisté à se baser sur ce dernier pour conclure qu'il a recouvré sa capacité de travail à compter du mois de novembre 2002. Pour le surplus, il a fait remarquer que les experts ont posé un diagnostic clair, qu'ils se sont prononcés sur le degré de gravité de l'affection et qu'ils ont évalué le caractère exigible de la reprise d'une activité à 50%. Il allègue qu'il ressort par ailleurs de cette expertise qu'il n'y a pas absence de comorbidité psychiatrique, qu'il présente des affections corporelles chroniques, qu'il souffre également d'une perte d'intégration sociale dans la mesure où les membres de sa famille représentent ses seuls contacts sociaux, qu'aucun élément n'indique qu'il tirerait profit de la maladie et que cette dernière présente un caractère chronique puisqu'il n'a pu s'en défaire depuis plusieurs années. Il a ajouté qu'il était par ailleurs attesté qu'aucun traitement n'avait pu le soulager. L'assuré a reproché au Dr E_____ de s'écarter de l'expertise en estimant que son état dépressif moyen fait partie du trouble somatoforme douloureux. Il a fait remarquer que le fait qu'une capacité résiduelle de travail subsiste ne démontrait en rien que la condition relative à l'absence de perte d'intégration sociale ferait défaut car ce serait admettre que la perte d'intégration sociale n'est envisageable que dans la seule hypothèse d'une incapacité de travail totale, ce qui n'est pas le cas. Enfin, l'assuré reproche à l'OCAI son manque de cohérence. A cet égard, il fait remarquer que ce dernier lui a reconnu un degré d'invalidité de 100% pour la période antérieure au mois d'octobre 2002, période durant laquelle son état dépressif a été qualifié de moyen par la Dresse C_____, alors que, maintenant qu'une aggravation évidente a été consacrée par les experts et que le même diagnostic a été posé, l'OCAI conclut à un degré d'invalidité de 0%.

23. Le 3 janvier 2007, l'OCAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 27 mars 2006. Il relève que les experts n'ont fait état d'aucune atteinte somatique susceptible par elle-même d'entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance mais exclusivement fait état d'affections d'ordre psychiques. Il a par ailleurs estimé que les experts n'avaient pas remis en cause la capacité de travail de 70% évaluée par les spécialistes du SMR dans leur rapport du 29 octobre 2002. L'OCAI a émis l'opinion que l'état dépressif était clairement associé au syndrome douloureux quand bien même les experts ont signalé qu'il remplit les critères d'une problématique à part entière. Il a ajouté que, quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ne saurait suffire à constituer une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réinsérer dans un processus de travail n'est pas exigible de la part de l'assuré. L'OCAI a par ailleurs souligné que selon les experts eux-

mêmes, l'assuré possédait encore des ressources psychiques tout à fait satisfaisantes puisqu'il trouve l'énergie nécessaire de défendre ses intérêts.

24. Par courrier du 5 février 20067, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente. En substance, le recourant reprend les arguments développés dans son opposition. Il souligne que si les experts, qui connaissent parfaitement les exigences de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, précisent expressément que son trouble dépressif remplit les critères d'une problématique à part et ne représente pas une simple mesure d'accompagnement du syndrome douloureux, c'est de manière délibérée. Il en tire la conclusion que l'état dépressif moyen dont il souffre constitue bien une comorbidité psychiatrique et non une simple manifestation réactive ou d'accompagnement au syndrome douloureux. Par ailleurs, il fait remarquer que si, dès le dépôt de sa demande de prestations, il a été assisté ou représenté par son assurance de protection juridique puis par son conseil, précisément parce qu'il n'a pas l'énergie de se battre et de se défendre seul. Il s'indigne d'ailleurs de ce que l'OCAI, par ce raisonnement, semble sous-entendre qu'il n'aurait pas dû contester les décisions rendues à son encontre. Il en tire la conclusion que cela revient à le sanctionner parce qu'il se défend, ce qui constitue une violation gravissime de ses droits constitutionnels.

25. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 19 mars 2007, a conclu au rejet du recours.

26. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie "en droit" du présent jugement.

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) 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. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 27 mars 2006 mais qu'elle porte sur un état de fait juridiquement déterminant qui remonte à 2002. Le présent litige sera donc examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente le recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2002.

5. De l'art. 4 al. 1 LAI, il ressort que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

6. Il convient de rappeler que 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). 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). 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). 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, 115

V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

   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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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 pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

9. S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der

Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel

cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

10. En l'espèce, ainsi que le relève le recourant, le TCAS, dans son arrêt du 30 novembre 2004, a clairement nié toute valeur probante à l'examen du SMR Léman du 10 décembre 2002 et ce, pour de nombreuses raisons au nombre desquelles, notamment, le fait que les médecins n'avaient pas pris en considération l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier, que leurs conclusions étaient contradictoires, que l'examen psychiatrique avait été sommaire et que l'ensemble des autres médecins ayant été appelés à se prononcer avaient émis une opinion contraire à ceux du SMR. Dès lors, c'est à juste titre que le recourant reproche à l'OCAI de s'être à nouveau basé, dans ses décisions des 27 mars 2006 et 3 janvier 2007, sur cet avis du SMR, sous prétexte que les experts du Centre d'expertise médicale de la policlinique médicale universitaire de Lausanne l'auraient validé. Tel n'est absolument pas le cas. A aucun moment les experts n'ont eu à vérifier le travail et les conclusions des médecins du SMR; ils se sont bornés à rappeler les conclusions prises par ces derniers, sans émettre aucun jugement de valeur. Le Tribunal de céans s'étant, dans son jugement précédent, définitivement écarté des conclusions prises par les médecins du SMR en décembre 2002 pour les raisons déjà évoquées, il convient de ne pas y revenir et de se fonder exclusivement, pour apprécier la capacité de travail de l'assuré, sur les autres rapports médicaux figurant au dossier et sur l'expertise pluridisciplinaire du 27 décembre 2005.

    Or, il s'avère que les conclusions de cette expertise rejoignent celles des autres médecins s'étant précédemment prononcés sur le cas du recourant. Ainsi, tout comme le Dr A_____, la Dresse C_____ et les Drs I_____ et J_____, les experts ont conclu principalement à un syndrome somatoforme douloureux persistant et à un épisode dépressif moyen. Ils y ont cependant ajouté le diagnostic de personnalité à traits narcissiques.

    Si le Tribunal de céans ne saurait suivre le Dr E_____ lorsque ce dernier affirme, contre l'avis des experts, que l'état dépressif doit être clairement associé au syndrome douloureux - alors même que les experts ont expressément souligné que la symptomatologie dépressive s'est chronifiée de sorte que le trouble dépressif remplit désormais les critères d'une problématique à part entière et non plus d'une simple manifestation d'accompagnement du syndrome douloureux -, il n'en demeure pas moins qu'au vu de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, un épisode dépressif moyen ne saurait constituer une

comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes (cf. notamment ATFA I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 4.2.2). Il convient dès lors d'examiner s'il y a cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance en l'espèce.

Il apparaît évident que dans le cas du recourant, la présence d'affections corporelles chroniques distinctes s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable doit être admise.

S'agissant de la question de savoir s'il subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, le Tribunal de céans est d'avis - contrairement au Dr E_____ - qu'on ne peut tirer aucune conclusion du fait que les experts ont conclu à une capacité résiduelle de travail. En effet, ainsi que le fait remarquer le recourant, il ne suffit pas qu'une reprise du travail puisse être envisageable pour pouvoir nier toute perte d'intégration sociale. Cela reviendrait en effet à considérer qu'une perte d'intégration sociale n'est envisageable que dans la seule hypothèse d'une incapacité totale de travail. Il convient bien plutôt de se référer à la description de la vie quotidienne de l'assuré telle qu'elle ressort du rapport d'expertise. Or, ce dernier indique que l'assuré n'entretient pas de contacts sociaux en dehors des membres de sa famille proche, qu'il n'effectue plus aucune tâche ménagère au sein du foyer, qu'il ne sort pratiquement plus que pour promener son chien, qu'il ne peut plus lire en raison de ses difficultés qu'il éprouve à se concentrer et qu'il n'utilise plus non plus de véhicule. Dans ces conditions, il apparaît que la condition relative à la perte d'intégration sociale est réalisée.

A la question de savoir s'il y a "état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique", il convient également de répondre par l'affirmative. Certes, les experts ont considéré que l'assuré possède certainement encore des ressources et qu'une réinsertion professionnelle pourrait certainement améliorer sa situation sur le plan psychiatrique. Cela étant, force est de constater que les experts ont néanmoins considéré que quelles que soient ses ressources, on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une activité lucrative à plus de 50% et encore, seulement après avoir repris progressivement le travail et avoir subi une "revalorisation".

S'agissant enfin de la condition relative à l'échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art, le Tribunal de céans est d'avis qu'elle doit aussi être considérée comme remplie. Certes, il apparaît que les dosages sérologiques se sont révélés infrathérapeutiques. Cela s'explique cependant par les traits narcissiques de la personnalité relevés par les médecins, dont ils ont souligné qu'ils compliquaient la prise en charge et le tableau psychique. Par ailleurs, il convient de ne pas oublier qu'il a fallu prescrire à l'assuré des opiacées majeures, la diffusion des douleurs et des troubles associés dépassant clairement, selon les experts, le strict cadre diagnostic de la fibromyalgie. Dans de telles conditions, on voit mal quelle autre

démarche thérapeutique pourrait entrer en ligne de compte, eu égard à la lourdeur de celle déjà mise en place. Les médecins n'en évoquent d'ailleurs pas d'autre.

En conséquence, le Tribunal de céans décide de suivre la prise de position des experts sur la santé psychique et les ressources dont dispose le recourant et en conclut que si l'on peut exiger de lui qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail, cela ne pourra manifestement se faire qu'à hauteur de 50%. Considérant que selon les experts, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé à partir de janvier 2005, il convient de considérer que c'est à partir de ce moment-là qu'il a été théoriquement capable d'exercer à 50% une activité lucrative de type employé de bureau, comparable à celle qu'il exerçait précédemment.

11. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

b) 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; 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).

c) 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.

d) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalide (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités).

Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa, 117 V 18). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

12. En l'espèce, il convient de se référer au salaire qu'aurait pu obtenir l'assuré dans son ancien poste en 2004, soit 91'630 fr. (84'500.- en 1998). L'activité qui était la sienne auparavant correspondant à la description de l'activité adaptée faite par les experts, il convient de considérer que, dans le cas présent, le taux d'incapacité de travail retenu par ces derniers se confond avec celui du degré d'invalidité, de sorte que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2004, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé mentionnée par les experts.

13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis en ce sens que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Constate que Monsieur D_____ doit - en sus de la rente entière qui lui a été octroyée jusqu'au 31 octobre 2002 - se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul des prestations dues.

5. Met un émolument de 400 fr. à la charge de l'OCAI.

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

Janine BOFFI — Karine STECK

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