

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/715/2007

ATAS/609/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 29 mai 2007**

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié , CHÂTELAINE, représenté  
par Madame Christine BULLIARD, FORUM SANTE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Florence BRUTSCH et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après le recourant), né le 1953, marié et père de quatre enfants, est ressortissant d'ex-Yougoslavie (Kosovo). Il s'est rendu pour la première fois en Suisse en 1979 pour y travailler avec un permis saisonnier. Il exerçait l'activité de manœuvre pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ (Chur), lorsqu'une machine de chantier s'est retournée sur lui le 21 juin 1994, lui écrasant les jambes. Il a immédiatement subi une opération chirurgicale à "établissement hospitalier" avec enclouage centro-médulaire pour fracture du tiers proximal du tibia droit et fracture du tiers distal du fémur droit, puis à nouveau le 10 janvier 1995, pour décortication et greffe spongieuse au niveau du tibia droit et ablation du matériel au niveau du fémur.
2. Il n'a plus exercé aucune activité lucrative. Au mois de juin 1996, le recourant a été contraint de quitter la Suisse, faute de renouvellement de son autorisation de séjour. Après avoir séjourné au Kosovo, l'intéressé est revenu en Suisse le 3 mai 1998 avec le statut de requérant d'asile.
3. Par décision du 24 septembre 1996, la SUVA ASSURANCE ACCIDENTS (ci-après la SUVA) a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août au 30 septembre 1996, correspondant à une diminution de 20% de sa capacité de travail et à un taux d'invalidité de 10%, après avoir écarté toute mesure professionnelle. La SUVA relevait que la reprise du travail dans le bâtiment n'était plus possible, mais qu'une capacité de travail à plein temps était retenue dans la mesure où il n'avait pas à porter ou soulever de charges au-dessus de 10 kilogrammes, ni à effectuer de longues stations debout ou de longues marches. Toutefois, en raison du départ de Suisse du recourant, la SUVA n'a versé aucune rente d'invalidité.
4. Par décision du 20 février 1998, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après l'Office AI) a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 100% à partir du 21 juin 1995, et une demi-rente AI sur la base d'un taux d'invalidité de 50% pour la période du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 1996, considérant que le recourant ne présentait plus par la suite d'invalidité justifiant l'octroi d'une rente. L'Office AI s'est basé sur les périodes et degrés d'incapacité de travail retenus par la SUVA et a retenu que le recourant ne pouvait plus exercer l'activité d'ouvrier sur un chantier, mais qu'il pourrait exercer une activité assise appropriée telle que gardien, servant de machine automatique, petits montages, conciergerie (etc...).
5. Le recourant a formé recours le 26 mars 1998. Par jugement du 8 mars 1999, la Commission fédérale de recours AVS/AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après la Commission) a rejeté le recours interjeté contre le jugement de l'Office AI du 20 février 1998 et précisé qu'elle n'examinait que les faits survenus jusqu'au 20

février 1998. La Commission a considéré que la décision litigieuse de l'Office AI n'était pas critiquable en ce qu'elle réduisait de 50% la rente AI à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1996 et la supprimait entièrement à compter du 1<sup>er</sup> août 1996. Toutefois, la Commission relevait que le recourant était en traitement auprès de la polyclinique des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après "établissement hospitalier") depuis son retour en Suisse le 30 mai 1998. La Commission était donc d'avis que le recours du 26 mars 1998 devait être considéré comme une nouvelle demande et que la cause devait être renvoyée à l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) afin d'examiner si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis le 20 février 1998.

Concernant les aspects médicaux du dossier, la Commission a retenu comme établi que le recourant présentait, suite à l'accident de juin 1994, une double fracture ouverte distale du fémur droit, ouverte de la jambe droite et contusions des tissus mous et de la peau, d'une dystrophie de Südeck, et qu'il avait dû subir une décortication-greffe spongieuse au niveau du tibia droit. Il a été relevé que le recourant souffrait depuis 1989 de lombosciatalgies et d'une légère scoliose convexe gauche. Toutefois, ces affections avaient soit disparu, soit étaient en voie de guérison, de sorte que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 31 juillet 1996.

6. Dans un projet de décision du 12 avril 2002, confirmé par décision du 13 mai 2002, l'OCAI a rejeté la « nouvelle demande de prestations » du recourant, exposant que son état de santé ne s'était pas aggravé depuis le début 2000, malgré une opération chirurgicale effectuée en septembre 2000, mais était au contraire resté stationnaire.
7. Le recourant a interjeté recours le 5 juin 2002, complété le 22 juillet 2002. Il concluait à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à compter du 30 juin 1996 et faisait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis 1998, au vu des rapports médicaux du 8 août 2001 des "établissement hospitalier" et de la Dresse A\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et médecin traitant du recourant, du 27 juin 2002.
8. Dans sa réponse du 4 novembre 2002, l'OCAI proposait le rejet du recours, au motif que tous les troubles de la santé annoncés étaient déjà présents au début de l'année 1998, à l'exception d'une opération du coude gauche en septembre 2000, et qu'ils relevaient tous de l'accident de juin 1994.
9. Figuraient alors notamment au dossier divers documents dont un rapport du Dr B\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, du 13 juin 1996 à l'attention de l'Office AI, un rapport médical du 10 septembre 1998 de la policlinique de médecine des "établissement hospitalier" à l'attention de l'office des réfugiés, un rapport médical du 22 décembre 1998 du département de médecine communautaire des "établissement hospitalier", établi par le Dr Laurent SUBILLA, chef de

---

clinique, une expertise du 21 janvier 2000 effectuée par la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, à l'attention de la SUVA, un rapport du 8 août 2001 établi par le Dr D\_\_\_\_\_ des "établissement hospitalier", un courrier du 21 décembre 2001 des dresses E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ de la Polyclinique de médecine des "établissement hospitalier" à l'attention de l'OCAI, un rapport médical du 27 juin 2002 de la Dresse A\_\_\_\_\_.

10. Par arrêt du 21 janvier 2004 (ATAS/29/2004), le Tribunal de céans a admis le recours, et a renvoyé le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire concernant les aspects médicaux du dossier, physiques et psychiques, par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, qui évalue l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 20 novembre 1998 et son impact sur sa capacité de travail. En effet, le Tribunal a constaté que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis le 20 novembre 1998, sous la forme de douleurs lombaires. S'agissant des troubles psychiques du recourant, les médecins n'avaient pas précisé "dans quelle mesure ce substrat médical entravait l'intéressé dans sa capacité de travail pour qu'on puisse parler d'invalidité" au sens de la loi. Par conséquent, ces nouveaux éléments de nature psychique, susceptibles de constituer une aggravation de l'état de santé du recourant devaient faire l'objet d'une expertise psychiatrique.
11. Dans le rapport du 20 août 2004, sur demande de l'OCAI, la Dresse G\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une arthrose déformante du coude gauche avec importante synovite et multiples corps libres intra-articulaires, une arthrose du genou et de la cheville droite, des lombosciatalgies sur discopathie lombaire L4-L5 et troubles statiques, un status après embolie et infarctus pulmonaires, une anticoagulation à vie en raison d'un syndrome antiphospholipide I, et un état dépressif et un PTSD probable suite à l'accident de chantier et des événements de guerre (originaire du Kosovo). L'état de santé du recourant était stationnaire et il était en incapacité totale de travailler depuis le 19 mars 2002 (date de la première consultation à son cabinet).
12. En date du 27 octobre 2004, l'OCAI a mandaté le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI) pour une expertise pluridisciplinaire. Celui-ci s'est basé sur le dossier AI, sur l'examen clinique et rhumatologique du 19 janvier 2005, ainsi que sur le consilium de psychiatrie du 9 février 2005. Le rapport d'expertise a été établi en date du 10 juin 2005 par le Dr H\_\_\_\_\_, médecin interniste FMH, le Dr I\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et la Dresse J\_\_\_\_\_, psychothérapeute et psychiatre FMH. Ces experts ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle, systématique, psychosociale, professionnelle, à un descriptif de la vie quotidienne, ainsi qu'à la description des plaintes. Ils ont également effectué des constatations objectives avec un status neurologique, des examens paracliniques, et une consultation spécialisée de psychiatrie.

Tout d'abord, sur le plan somatique, les experts ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une arthrose du coude gauche post-traumatique, un status post-toilettage articulaire en 2000, un status après accident du travail en juin 1994 avec fracture du fémur droit, de la jambe droite, une contusion des tissus mous, compliquée d'une algodystrophie de Südeck du membre inférieur droit et d'une Gonarthrose droite débutante, des lombo-sciatalgies droites sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et des troubles statiques modérés du rachis, et comme diagnostics n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail, un status après embolie pulmonaire en décembre 2003 avec syndrome des anticorps anti-phospholipides primaires, une tuberculose abacillaire traitée en 1998 et 2004, une dyslipidémie anamnétique non traitée et un excès pondéral.

Dans l'appréciation du cas, ils ont conclu que d'un point de vue somatique, il n'y avait pas de changement significatif, que les atteintes à la santé du recourant qui, d'un point de vue somatique, limitaient la capacité de travail n'avaient pas évolué de façon significative depuis 1998. Ils ont également constaté que les troubles statiques du rachis, les discopathies L4-L5 et L5-S1, avec les lombosciatalgies étaient peu marqués et n'influençaient pas la capacité de travail dans une activité légère adaptée. Les limitations étaient les mêmes que celles déjà décrites à la fin des années 90 en lien avec les séquelles de l'accident de 1994. Du point de vue somatique seul, la capacité de travail dans l'activité habituelle restait nulle mais était préservée dans une activité adaptée, sans grand changement par rapport à 1998.

Ensuite, sur le plan psychique, les experts ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome de stress post-traumatique et des troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive.

Il ressort de la consultation psychiatrique du 9 février 2005 que le recourant avait des idées noires, et parfois l'envie de se jeter en bas du balcon, qu'il se sentait raté et ne voyait aucun avenir pour lui. La Dresse J\_\_\_\_\_ a constaté qu'il souffrait également de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, cauchemars répétitifs où il remettait en scène son accident. En revanche, il n'y avait pas de trouble de la lignée psychotique.

Bien que la durée de l'évolution des symptômes soit trop longue pour entrer dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique selon la CIM-10 sans troubles de la personnalité, qui n'ont pas été mis en évidence dans le cadre du consilium, la Dresse J\_\_\_\_\_ considérait néanmoins que le recourant entrait dans cette catégorie. En effet, il présentait des symptômes typiques du syndrome de stress post-traumatique sous forme de souvenirs réminiscent avec l'impression que son accident repassait "comme une cassette" dans sa tête, accident qu'il évoquait d'ailleurs "comme s'il s'était passé hier", des cauchemars et des peurs. Il était possible d'ailleurs que ces symptômes se soient réactivés lors de son accident

embolique pulmonaire où il s'était à nouveau senti en danger de mort (il avait appelé son épouse, lui disant de profiter de lui, pensant que ses derniers instants étaient arrivés), ceci dans un contexte d'insécurité chronique. Il présentait en outre tous les signes de la lignée dépressive avec une tristesse, une irritabilité, un sentiment de désespoir, une absence de projet, une aboulie, une anhédonie et parfois des idées noires. Ces éléments étaient à mettre en relation avec l'accident et les conséquences qu'il a eu sur sa vie, raison pour laquelle la Dresse J\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation.

La Dresse J\_\_\_\_\_ a conclu que l'état psychique du recourant "déprimé dans un contexte de traumatisme "non digéré" avec une vision de lui-même où il est en sursis et qui tend à s'aggraver de même que la chronicité des plaintes somatiques et leur non réponse aux traitements entrepris", ne permettait pas au recourant d'avoir une activité professionnelle. Un traitement anti-dépresseur pouvait être instauré visant à améliorer sa qualité de vie; toutefois, vu le contexte, il était peu probable qu'il ait une influence sur sa capacité de travail.

Dans l'appréciation du cas, les experts ont signalé que les signes dépressifs du recourant survenaient dans un contexte d'insécurité chronique pour le recourant et sa famille quant à son avenir en Suisse mais également par sa précarité financière. Ces troubles limitaient de façon prépondérante la capacité de travail en particulier par la diminution des capacités d'adaptation, une forte diminution du rendement, et ce, même dans une activité adaptée.

Ils ont indiqué que cet aspect psychique avait été vraisemblablement négligé ou sous-évalué jusqu'en 1998 et s'était aggravé encore suite à l'embolie pulmonaire et à sa situation sociale d'insécurité chronique. Il leur était difficile de se prononcer de façon précise sur le pourcentage d'une capacité de travail résiduelle, mais ils estimaient que l'incapacité de travail était au moins de 50%. Par conséquent, selon les experts, on ne pouvait pas envisager du recourant une activité dans le circuit économique normal, seul un travail en atelier protégé à temps partiel (au maximum 50%) pouvait être envisagé. En outre, ils ont proposé l'introduction d'un traitement antidépresseur et un soutien psychologique, mais ils ne garantissaient pas le succès vu la longue durée et la chronicité des troubles dans un contexte socio-économique défavorable. Selon les experts, la capacité de travail avait dû être dans un premier temps limitée de moitié (dès fin 1998) et au plus tard lors de l'embolie pulmonaire de 2003, l'incapacité de travail était complète dans une activité dans le circuit économique normal, alors qu'il restait une capacité dans une activité en atelier protégé de l'ordre de 50%. Ils ont finalement conclu que la capacité de travail était nulle.

13. Dans l'avis du 27 septembre 2005 du SMR, la Dresse K\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin conseil SMR, n'ont pas retenu les diagnostics et les conclusions des experts du COMAI. En effet, ceux-ci ont retenu

notamment le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, bien que l'accident se soit passé plusieurs années auparavant et que les critères ne correspondaient pas à ce qui était prévu dans la CIM-10. Les médecins du SMR ont estimé que ce diagnostic ne pouvait être retenu puisqu'il n'apparaissait dans aucun rapport médical précédent et n'était pas retenu en fonction de la CIM-10. Elles n'ont retenu qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive qui habituellement n'était pas reconnu comme invalidant. Selon ces médecins, l'examen de la vie quotidienne, du status psychiatrique, des plaintes du recourant, de l'ensemble du dossier, ne leur permettaient pas de retenir un trouble psychiatrique invalidant. Les troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive pouvaient être qualifiés plutôt d'humeur anxio-dépressive et non de trouble psychiatrique invalidant. Le recourant avait un fonctionnement social normal, bien qu'il présentait des difficultés sociales majeures (statut de réfugié peu clair, problèmes financiers). Dès lors il n'y avait aucune raison pour que le recourant ne puisse retrouver une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Le recourant avait des ressources suffisantes pour mettre sa capacité de travail résiduelle à profit et ainsi sortir de son marasme socio-économique. Elles ont donc récusé les conclusions de l'expertise du COMAI et ont proposé à l'OCAI de retenir une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée sans aggravation de l'état de santé somatique, ni nouvelle atteinte (psychiatrique) depuis 1998.

14. Par décision du 28 octobre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs indiqués dans l'avis du 27 septembre 2005.
15. En date du 14 novembre 2005, le recourant a formé opposition contre la décision du 28 octobre 2005.
16. Sur avis du SMR, l'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique. Le rapport d'expertise psychiatrique a été effectué le 4 janvier 2007 par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie - psychothérapie. Il s'est basé sur le dossier asséculologique et médical mis à sa disposition, les deux entretiens avec le recourant, et de nouveaux documents mis à sa disposition. Il a procédé à une anamnèse familiale, personnelle, socioprofessionnelle et à la description des plaintes. Il a également procédé à un questionnaire, à des constatations cliniques, à des observations cliniques résumées selon le système AMDP sous forme d'échelle psychopathologique de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie, et à un dosage médicamenteux.

Lors de sa constatation clinique, l'expert a indiqué que le recourant n'avait pas de trouble de la concentration observable, ni de trouble de l'attention, ni de problème mnésique, et ni de trouble de la pensée. Les indicateurs principaux d'un état dépressif, tristesse, absence d'intérêts, diminution de l'énergie vitale faisaient défaut. Lorsque l'expert a abordé l'accident du recourant de 1994 dans tous les détails, il n'a observé aucune réaction émotionnelle particulière, mais il a observé

une tendance à la dramatisation, et à la généralisation. En outre, il n'y avait pas d'élément du registre psychotique aigu à observer. Il n'y avait aucun indice pour un éventuel trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme. Le recourant lui donnait plutôt l'impression d'une certaine normalité, d'un homme qui est affecté dans sa situation physique, sociale et globale, mais qui dispose potentiellement de capacités d'adaptation à son niveau.

L'expert a ensuite procédé à la discussion du cas. Il a signalé que le recourant n'avait montré aucune réaction émotionnelle particulière lorsque le thème de l'accident avait été discuté. Le recourant était resté tout le long très neutre et descriptif, il pouvait donner de nombreux détails. Par conséquent, l'hypothèse d'un stress post-traumatique s'éloignait. D'ailleurs, le recourant n'a pas mentionné dans l'anamnèse spontanée des "flash-back" ou cauchemars en lien avec l'accident, mais sur question il a évoqué cette thématique "entre autres et parfois". En outre, il n'a pas parlé de sa propre participation à l'événement.

Il a constaté que sur le plan somatique la plupart des médecins arrivaient à la conclusions que le recourant présentait une capacité de travail totale dans des travaux "semi-assis" et légers.

Sur le plan purement psychiatrique, les examens ont montré un homme qui était initialement retenu, mais qui a développé au fur et à mesure que l'entretien avançait une affirmation et tonicité qui pouvaient aller jusqu'à des comportements colériques.

L'expert n'a pas constaté de troubles cognitifs véritables, ni des troubles du contenu et l'aspect anxieux était négligeable. Il a vu le recourant dans un état global de mal-être, de découragement et de vision totalement négativiste de sa propre vie et de son futur. Il a appliqué les critères de l'Organisation mondiale de la santé, et a conclu que cet état de mal-être ne devait pas être confondu avec un état dépressif dans le sens clinique du terme. En outre, le dosage médicamenteux effectué le 18 octobre 2006 montrait une prise insuffisante de l'antidépresseur prescrit. Selon l'expert, il y avait donc une marge considérable pour améliorer la situation. Par ailleurs, l'expert a indiqué qu'on ne pouvait en aucun cas parler d'isolement social pour le recourant.

Il a également discuté de la notion d'un trouble somatoforme douloureux. Après avoir analysé les différents critères, il a conclu qu'ils étaient insuffisants pour retenir ce diagnostic comme invalidant. Il a rappelé qu'en l'absence d'une maladie psychiatrique, le terme de trouble somatoforme douloureux restait entièrement descriptif et sans conséquence. Pour plus de clarté, aussi par le fait que le terme de fibromyalgie n'avait pas été retenu par le rhumatologue précédent, l'expert a proposé de ne pas utiliser ce terme.

L'expert s'est retrouvé face à un homme qui était objectivement atteint sur le plan somatique, mais qui ne présentait pas de psychopathologie majeure et

indépendante, ni pendant le processus des dernières 12 années, ni au moment de l'expertise.

Ces différentes analyses l'ont conduit à retenir comme diagnostic une dysthymie. Il a utilisé ce terme "en analogie" pour désigner un état de mal-être psychique, des oscillations dépressives intermittentes, mais en l'absence d'un état dépressif fixé. En effet, le code diagnostique de l'OMS ne prévoyait pas de terme spécifique pour ce type de souffrance qui était à la fois en-dessus de simples tendances dysthymiques et en même temps il ne fallait pas le confondre avec des états dépressifs dans le sens clinique du terme.

Sur le plan asséurologique, l'atteinte psychiatrique ainsi circonscrite et déterminée justifiait "une incapacité de travail d'au maximum 30%, probablement dégressive au moment où il y aura acceptation et intégration dans un nouveau travail". Selon l'expert, ces considérations restaient médicothéoriques car le recourant allait probablement rester "dans sa vision et non motivation". Mais il a rappelé que ceci représentait des facteurs extramédicaux. Enfin, selon l'expert, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables. Le recourant pouvait sur le plan psychique travailler dans les activités légères préconisées par les somaticiens.

17. Par courrier du 18 janvier 2007, le recourant a informé l'OCAI de ne pas pouvoir reconnaître valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr M\_\_\_\_\_, en raison des circonstances dans lesquelles s'était déroulé l'examen, des lacunes et des incohérences qu'il contenait. Les résultats des investigations conduites étaient en "décalage" avec les conclusions qui en étaient tirées. Il a demandé de s'en tenir aux précédentes conclusions du COMAI, et d'écarter celle de Dr M\_\_\_\_\_.
18. Dans l'avis du 12 février 2007 du SMR, la Dresse N\_\_\_\_\_ a considéré que l'accrochage de l'interprète et du recourant lors de l'expertise n'était pas un élément pour rendre l'expertise non probante. Elle a affirmé que le recourant ne présentait pas de maladie psychiatrique invalidante contrairement aux conclusions de l'expertise du COMAI mais tout au plus une dysthymie. Dès lors, le recourant avait toutes les capacités pour tout mettre en œuvre pour réduire son préjudice et retrouver une activité adaptée à 100%. Pour le surplus, elle a indiqué que les conclusions de l'avis médical SMR du 27 septembre 2005 étaient toujours valables.
19. Par décision sur opposition du 16 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition du 14 novembre 2005, a confirmé l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, que le taux d'invalidité de 20%, reconnu au recourant par décisions du 20 février 1998, restait inchangé, que ce taux ne lui ouvrait pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, il a constaté qu'il n'y avait aucune indication à la mise en œuvre de mesures professionnelles dans le cas du recourant, et a maintenu sa décision de refus de prestations AI du 28 octobre 2005. En effet, la situation du recourant n'a pas changé de manière durable et notable

depuis les décisions du 20 février 1998 établies par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

20. En date du 21 février 2007, le recourant a interjeté recours contre la décision sur opposition du 16 février 2007 auprès du Tribunal de céans. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à la reconnaissance d'une invalidité de 100% depuis le 13 décembre 2003, date de l'embolie qui l'a sensiblement déstabilisé, et de 50% pour la période antérieure, et à des dépens équitables. Il a rappelé que le Dr M\_\_\_\_\_ était passé à côté de toutes les émotions observées par tous les autres médecins, notamment en raison du conflit entre l'interprète et le recourant, et il n'avait accordé aucun crédit à ses réponses. Par conséquent, le recourant ne pouvait pas reconnaître valeur probante à son rapport médical. En revanche, le rapport du COMAI qui était le "fruit d'un collège de trois experts" répondait aux exigences jurisprudentielles. En effet, il était complet, bien étayé et argumenté.
21. Dans sa réponse du 12 mars 2007, l'OCAI a proposé le rejet des conclusions formulées par le recourant et au maintien de sa décision sur opposition du 16 février 2007. En effet, le recourant a repris les griefs déjà étudiés dans la décision sur opposition querellée.
22. Sur quoi, le Tribunal a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1. 2; ATF 129 V 169 consid. 1; ATF 129 V 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 16 février 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des

nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2. 2 et 2. 3). 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit puisque la décision de l'OCAI du 28 octobre 2005 n'était pas entrée en force au moment de l'entrée en vigueur de cette modification (ch. II let. a des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable, conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision de l'OCAI du 20 février 1998 qui supprimait toute rente au recourant depuis juillet 1996.
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. 7, 8 al. 1 et 4 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 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.

Cet article reprend en substance les termes de l'art. 41 de la loi sur l'assurance-invalidité dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, de sorte que les principes jurisprudentiels développés en la matière demeurent applicables (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision.

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2).

Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

En l'occurrence, il s'agira de comparer la situation avant et après la décision de février 1998. Cela revient en réalité à comparer l'expertise du COMAI et celle du Dr M\_\_\_\_\_, effectuées dans le cadre de la nouvelle demande pour aggravation de l'état de santé, et pour cela d'en déterminer la valeur probante.

Pour admettre une telle valeur probante, ce qui est déterminant c'est que l'expert procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En outre, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En revanche, 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).

6. Les experts du COMAI ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, sur le plan psychique, un syndrome de stress post-traumatique,

des troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, et sur le plan somatique, une arthrose du coude gauche post-traumatique, un status post-toilettage articulaire en 2000, un status après accident du travail en juin 1994 avec fracture du fémur droit, de la jambe droite, une contusion des tissus mous, compliquée d'une algodystrophie de Südeck du membre inférieur droit Gonarthrose droite débutante, des lombo-sciatalgies droites sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et des troubles statiques modérés du rachis. Ils ont conclu à une incapacité totale de travail, tout en indiquant qu'il restait une capacité dans une activité en atelier protégé de l'ordre de 50%.

Contrairement au COMAI, l'expert psychiatre n'a retenu, sur le plan psychique, que le diagnostic de dysthymie après avoir procédé à différentes analyses et observations. Il a d'abord établi un tableau psychopathologique systématique (suite aux observations cliniques résumées selon le système AMDP sous forme d'échelle psychopathologique de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie), puis il a effectué un dosage médicamenteux. Lors de son appréciation du cas, l'expert a également appliqué les critères CIM-10 pour déterminer si le recourant souffrait d'un trouble dépressif. Bien qu'il ait vu le recourant dans un état global de mal-être, de découragement et de vision totalement négativiste de sa propre vie et de son futur, l'expert a écarté l'état dépressif, car les conditions n'étaient pas remplies pour pouvoir retenir cet état dans le sens clinique du terme. Il a aussi examiné les critères pour savoir si éventuellement la présence d'un trouble somatoforme douloureux était invalidant, mais ceux-ci n'étaient non plus pas remplis en l'espèce. S'agissant du trouble de l'adaptation, l'expert a estimé être bien en dessus de la période de l'adaptation et que les critères ne permettaient plus une poursuite de ce diagnostic au-delà de 6 à 12 mois. Enfin, le syndrome de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu vu ce qui précède. De plus, l'expert n'a constaté aucune trace particulière d'un trouble psychique quelconque pendant les premières années après l'accident au dossier. Les difficultés sociales du recourant, ses problèmes financiers, et son renvoi ont pu produire des réactions psychiques, mais selon l'expert, ces situations n'ont jamais conduit à une psychopathologie majeure et indépendante.

Le recourant s'est plaint que l'expert psychiatre n'a accordé aucun crédit à ses réponses et que le conflit entre l'interprète et lui-même a empêché l'expert de bien observer ses émotions. Les allégations du recourant ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, il ne ressort pas de la lecture du rapport d'expertise que le conflit entre l'interprète et le recourant a eu une incidence sur l'évaluation de son état de santé. En outre, la description subjective du recourant n'est qu'une partie de l'expertise sur laquelle l'expert se base lors de son examen clinique pour sa constatation objective.

Selon cet expert, l'incapacité de travail globale du recourant était d'au maximum 30%, taux qui pouvait être diminué, dès l'acceptation et l'intégration dans un nouveau travail.

Le Tribunal constate que le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ est plus approfondi et détaillé que l'expertise du COMAI. S'agissant du diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, l'expert ne l'a pas retenu car, comme il ressort clairement de l'expertise, les critères ne sont pas remplis. Quant aux experts du COMAI, ils ont posé ce diagnostic sur la base de simples hypothèses, tout en sachant que les critères n'étaient pas remplis. En fait, l'expert psychiatre s'est montré plus objectif et neutre dans ses conclusions que les experts du COMAI.

Au vu de ce qui précède, l'analyse, sur le plan psychique, du Dr M\_\_\_\_\_ emporte la conviction du Tribunal de céans. Par conséquent, l'expertise du COMAI sera écartée sur ce point.

Dès lors, le Tribunal de céans s'appuiera sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ pour apprécier l'état de santé du recourant. Il ressort donc que le recourant a une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée d'au maximum 30%, qui, selon l'expert, pourrait être réduite au moment de l'acceptation et intégration dans un nouveau travail. En outre, à aucun moment l'expert ne fait état d'une aggravation de l'état psychique.

S'agissant de l'aspect somatique, aucune aggravation n'est retenue non plus. Le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté dans son expertise que les différents rapports médicaux au dossier arrivaient tous aux mêmes conclusions, à savoir que le recourant présentait une réduction de sa capacité de marche et de rester en position debout, mais qu'une marche sans cannes était possible et qu'il existait une exigibilité dans des travaux "semi-assis" et légers. De plus, le COMAI a également retenu les mêmes conclusions que les médecins précédents. Il en ressort que sur le plan somatique, la capacité de travail reste nulle dans l'activité habituelle mais est préservée dans une activité adaptée, sans grand changement par rapport à 1998.

Certes, la Dresse G\_\_\_\_\_ n'est pas de cet avis. Elle a en effet posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une arthrose déformante du coude gauche avec importante synovite et multiples corps libres intra-articulaires, une arthrose du genou et de la cheville droite, des lombosciatalgies sur discopathie lombaire L4-L5 et troubles statiques, un status après embolie et infarctus pulmonaires, une anticoagulation à vie en raison d'un syndrome antiphospholipide I, et un état dépressif et un PTSD probable suite à l'accident de chantier et des événements de guerre (originaire du Kosovo). Elle considère que le recourant est en incapacité totale de travailler.

Mais son rapport sera écarté, car il n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause l'expertise du COMAI et les autres rapports médicaux au dossier, et en

outre il a moindre valeur probante, vu la jurisprudence susmentionnée au sujet des médecins traitants.

En conclusion, la capacité de travail doit être considérée comme totale, dans une activité adaptée, sur le plan physique, et actuellement de 70% au moins sur le plan psychique, améliorable dès la reprise d'un travail. Le Tribunal constate qu'il n'y a pas d'aggravation notable par rapport à la situation de 1998. C'est donc à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente, après avoir retenu un taux d'invalidité de 20%, insuffisant pour avoir droit à cette prestation. Par conséquent, la décision du 13 mai 2002, rejetant la nouvelle demande pour aggravation de l'état de santé doit être confirmée.

7. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. 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.

Le greffier :

Pierre RIES

La présidente

Isabelle DUBOIS

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