REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/785/2007 **ATAS/1118/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 17 octobre 2007

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI — recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et ressortissant espagnol, a exercé la profession de manœuvre-grutier ainsi qu'une activité accessoire de nettoyeur à raison de deux heures par jour.

2. Le 12 mai 1999, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou à l'octroi d'une rente. Il a précisé que son incapacité de travail était entière depuis le 10 mai 1999 en raison d'un nystagmus, d'un torticolis, de maux de tête, d'une arthrose du dos, des épaules, des bras et des jambes.

3. Dans un rapport du 25 mai 1999, la Dresse A_____, ophtalmologue, a diagnostiqué un nystagmus congénital et un torticolis secondaire. Elle a considéré que l'incapacité de travail était relative en tant que l'assuré pouvait travailler de façon satisfaisante à condition qu'il puisse rester au niveau du sol.

4. Dans un rapport du 20 mai 1999, la Dresse B_____, rhumatologue, a diagnostiqué une tendinopathie des coiffes des rotateurs des deux épaules surtout à droite, des discopathies modérées en L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radiculaire objectivable ainsi qu'un très discret remodelé arthrosique. Puis, le 7 septembre 1999, elle a précisé que, même s'il était possible que le travail de grutier fût difficile compte tenu de sa pathologie, sur le plan rhumatologique, une autre activité sans port d'objets lourds était tout à fait envisageable.

5. Dans un rapport du 3 novembre 1999, le Dr FINCATI, médecin à la Division de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a diagnostiqué une fibromyalgie et une tendinite chronique du muscle sus-épineux droit.
6. Le 14 mars 2000, l'assuré a été opéré de son nystagmus congénital. Toutefois, dans un rapport du 21 juin 2000, la Dresse C_____, médecin à la Policlinique d'ophtalmologie des HUG, a constaté la persistance du nystagmus et a continué à attester une incapacité de travail entière.

7. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a mis en œuvre un stage d'observation professionnelle qui a eu lieu auprès du centre d'intégration professionnelle (CIP) du 30 octobre au 18 décembre 2000. Dans un rapport du 30 janvier 2000 (recte : 2001), les maîtres de réadaptation professionnelle ont conclu à une capacité résiduelle de travail à plein temps avec un rendement de 70% dans une activité légère telle qu'ouvrier du cuir ou en mécanique. Ils ont estimé que les chances de reclassement étaient toutefois nulles car l'assuré était focalisé sur ses douleurs qui évoluaient vers un syndrome douloureux chronique.

8. A la suite de la décision de l'OCAI du 12 juillet 2001 lui accordant une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2000 en retenant un taux d'invalidité de 55% dans une activité adaptée après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'assuré a recouru contre ladite décision, le 2 août 2001, auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI, alors compétente. Il a invoqué une aggravation de son état général depuis une année le rendant inapte à l'exercice d'une activité professionnelle à 100% et a produit un rapport du Dr D_____, chirurgien, daté du 26 juillet 2001. Par jugement du 24 mars 2003, ladite Commission a admis le recours et a renvoyé la cause à l'OCAI. Elle a considéré qu'il lui incombait de mettre en œuvre une expertise plus particulièrement psychiatrique afin, d'une part, de déterminer l'impact réel de la fibromyalgie sur la capacité de travail, d'autre part, de disposer des prises de position médicale relatives aux divers critères fixés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie.

9. A cet effet, l'OCAI a mandaté le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans leur rapport d'expertise du 28 avril 2004, les Dresses E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre et psychothérapeute, ont diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés prédominante à droite, des lombalgies chroniques, une gonarthrose bilatérale débutante, un hallux rigidus des côtés prédominant à droite et un nystagmus pendulaire congénital. Elles ont considéré que, sur le plan somatique, il n'y avait cliniquement pas de changement par rapport à 1999, hormis l'hallux rigidus qui n'avait pas été signalé et que, sur le plan psychiatrique, le patient ne présentait pas d'épisode dépressif, de trouble anxieux, de phobie, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique ou de psychose. Elles ont estimé que l'assuré était capable d'exercer une activité légère sans port de charge, plutôt assise mais avec possibilité de changer régulièrement de position, en tout cas sans nécessité de marche prolongée, ni mouvements répétitifs des épaules, ni besoin d'une bonne vision stéréoscopique et d'une excellente acuité visuelle. Elles ont conclu que le rendement était le même que celui estimé en 1999, à savoir 70%.

10. Par décision du 5 octobre 2004, l'OCAI a refusé d'augmenter la demi-rente déjà servie à l'assuré. Il a considéré que les conclusions des experts relatives à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée confirmaient celles qui avaient permis de reconnaître son droit à une demi-rente d'invalidité.

11. L'assuré a formé opposition en date du 1er novembre 2005, en y joignant un rapport médical du Dr D_____.

12. Dans ses rapports du 13 décembre 2004 et du 27 janvier 2005, le Dr G_____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il suivait le patient depuis le 4 novembre 2004. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen ave syndrome somatique (F 33.11) - existant depuis 1999. Il a précisé que les troubles psychiques étaient en relation avec ses problèmes

physiques et étaient donc légèrement influencés par ceux-ci. Il a conclu à une incapacité de travail totale.

13. A la suite de la décision sur opposition de l'OCAI du 27 mai 2005 rejetant l'opposition formée par l'assuré, celui-ci a recouru, le 24 juin 2005, auprès du Tribunal de céans. Par arrêt du 11 octobre 2005 (ATAS/866/2005), le Tribunal a rejeté le recours. Il a considéré qu'il n'y avait ni comorbidité psychiatrique grave, ni réunion des quatre critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il a également observé que l'aggravation invoquée par les Drs D_____ et G_____ dans des rapports établis postérieurement à la décision litigieuse daterait du début de l'année 2005 et qu'il appartenait à l'OCAI de requérir un complément d'expertise auprès du COMAI afin d'examiner l'existence d'une telle aggravation. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cet arrêt est entré en force.

14. Dans un rapport du 20 décembre 2005, le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il avait examiné le patient, le 22 septembre 2005, et avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11). Il a mentionné une symptomatologie ancienne avec aggravation très nette depuis environ une année.

15. Le 22 décembre 2005, l'assuré a communiqué ce rapport à l'OCAI et l'a invité à procéder à tous actes d'instruction relatifs à l'aggravation de son état de santé.

16. Le 27 février 2006, l'OCAI a mis en oeuvre une nouvelle expertise médicale auprès du COMAI afin de déterminer s'il y a eu une aggravation de l'état de santé aussi bien sur le plan physique que psychique et, dans l'affirmative, de préciser son incidence sur la capacité de travail.

17. Dans le rapport d'expertise du 13 avril 2006, après avoir pris une anamnèse, tenu compte des plaintes du patient et procédé à un examen clinique, les Drs I_____, F_____ et J_____ ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose modérée associée à des séquelles d'ostéodystrophie de croissance, des périarthropathies des épaules anciennement calcifiées à gauche avec souffrance acromio-claviculaire droite sans diastasis significatif, une gonarthrose débutante bilatérale, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique présent depuis fin 2004 (F. 32.10), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un status après correction d'un nystagmus congénital, un hallux rigidus, un syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis environ 1999 (F. 45.4). Ils ont estimé que, sur le plan somatique, il n'y avait pas d'aggravation depuis fin 2004-début 2005 mais une évolution lente, normale, au cours du temps écoulé. En revanche, sur le plan psychique, ils ont admis une modification de la situation en tant que l'expertisé relatait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités

habituellement agréables, un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi, des troubles d'endormissement et une vision négative des perspectives d'avenir. Ils ont conclu, sur le plan somatique, à une capacité résiduelle de travail entière dans une activité tenant compte des limitations et de 50 % dans le métier de grutier, sur le plan psychique, à une capacité résiduelle de travail d'au moins 70%.

18. Par décision du 1er juin 2006, l'OCAI a refusé de procéder à une augmentation de la demi-rente déjà allouée. Il a considéré que, sur la base de l'expertise pluridisciplinaire, aucune modification du degré d'invalidité ne pouvait être établie.

19. Le 30 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Puis, le 21 juillet 2006, il a complété son opposition en expliquant que le Dr D_____, dans un rapport du 18 juillet 2006 annexé, concluait à une nette péjoration de l'état algique depuis six mois et à une incapacité à reprendre un travail même physiquement moins lourd.

20. Le 18 septembre 2006, l'assuré a encore communiqué à l'OCAI un rapport du Dr G_____ du 14 septembre 2006 et un rapport de la consultation de la mémoire des HUG du 16 février 2006. Dans son rapport, le Dr G_____ a confirmé le diagnostic de dépression grave avec incapacité de travail totale. Il a exposé que, même si on ne diagnostiquait pas un trouble dépressif, il y avait toutefois un épisode dépressif grave ainsi que l'affirmait les médecins des HUG. Il a estimé que le traitement médicamenteux était adéquat. Il a également contesté l'affirmation des experts selon laquelle le patient était déprimé en raison du refus d'une rente en précisant que ce dernier ne souffrait pas de sinistrose. Dans leur rapport, après avoir procédé à un examen neuropsychologique, les médecins des HUG ont conclu à un dysfonctionnement exécutif modéré (ralentissement, administrateur central de la mémoire de travail, planification, initiation) associé à d'importantes difficultés attentionnelles. Sur le plan thymique et comportemental, ils ont observé que les réponses données aux questionnaires mettaient en évidence un épisode dépressif sévère associé à des éléments anxieux ainsi qu'à une baisse de l'estime de soi dans un contexte de relatif isolement social.

21. Par décision sur opposition du 29 janvier 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que les rapports d'expertise du COMAI remplissaient les divers critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une entière valeur probante et que tant le rapport du Dr D_____ que celui du Dr G_____ mentionnaient des éléments qu'ils appréciaient différemment et qui avaient déjà été examinés par les experts du COMAI à deux reprises.

22. Par acte du 28 février 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Il a allégué que les rapports

des Drs G_____ et D_____ concluant à une incapacité de travail totale devaient être pris en considération car leur formation spécifique n'était nullement inférieure à celle des experts et qu'il n'était pas admissible de dévaluer totalement un avis émis par un spécialiste en psychiatrie au seul motif qu'il était le médecin traitant. Au regard de la divergence des avis médicaux, il a soutenu qu'une nouvelle expertise psychiatrique confiée à un spécialiste neutre était nécessaire. A l'appui de sa thèse, il a produit un nouveau rapport du Dr G_____ du 14 février 2007 confirmant son rapport précédent. Le psychiatre a exposé qu'il fallait tenir compte du contexte global morbide de l'assuré à savoir aussi social et culturel qui ne lui permettait pas d'apprendre une autre profession à 52 ans compte tenu de son bagage intellectuel et cognitif. En outre, il s'est insurgé contre la jurisprudence reconnaissant une valeur probante inférieure à l'appréciation du médecin traitant.

23. Dans sa réponse du 26 avril 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le médecin traitant psychiatre critiquait la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral des assurances, ce qui ne lui permettait pas de procéder à une appréciation différente du cas.

24. Le 14 mai 2007, le recourant a produit dans la procédure un nouveau rapport médical émanant cette fois du Dr. K_____, rhumatologue. Dans son rapport du 12 mars 2007, ce spécialiste a constaté la présence de 17 points de fibromyalgie douloureux sur 18. Il a conclu à un tableau clinique de fibromyalgie. En outre, il a considéré comme probable l'existence de douleurs des épaules dues à une pathologie de la coiffe des rotateurs en relevant qu'il était difficile de se faire une idée très précise dans la mesure où les douleurs survenaient quelles que soient les structures testées.

25. Dans sa duplique du 26 juin 2007, l'intimé a exposé que ce rapport n'appelait aucun commentaire de sa part et a persisté dans ses conclusions.

26. Le 27 juin 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 29 janvier 2007 a été reçue par le recourant le 1er février 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 2 mars 2007 (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 28 février 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'augmentation par voie de révision du droit à la rente du recourant en raison d'un changement important des circonstances depuis la décision sur opposition du 27 mai 2005 lui allouant une demi-rente d'invalidité.

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour

l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

   Ainsi, 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).

7. Le recourant allègue que son état de santé s'est aggravé depuis juin 2005, respectivement depuis le début de l'année 2006, en s'appuyant sur divers rapports médicaux des Drs D_____ et G_____. Pour sa part, en se basant

sur le rapport d'expertise du COMAI du 13 avril 2006, l'intimé considère qu'il n'existe aucune modification du degré d'invalidité.

En l'espèce, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait lors de la décision sur opposition du 27 mai 2005, date de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et celle qui existait au moment de la décision sur opposition du 29 janvier 2007.

En mai 2005, le recourant se plaignait de problèmes oculaires, de douleurs lombaires et cervicales, de douleurs aux épaules principalement à droite et aux genoux avec impression de lâchage surtout à droite, d'une humeur déprimée, de troubles du sommeil, de fatigue, d'un sentiment de sommeil non réparateur, d'une diminution de la libido et de la mémoire. Les diagnostics posés étaient tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés prédominante à droite, lombalgies chroniques, gonarthrose débutante, hallux rigidus des deux côtés prédominant à droite et nystagmus pendulaire congénital. Les experts du COMAI considéraient que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée avec un rendement de 70% et complète sur le plan psychique. En revanche, le Dr G_____ retenait, dans ses divers rapports, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen avec syndrome somatique - existant depuis 1999 et des douleurs de type fibromyalgie ainsi qu'une incapacité de travail totale. Dans un rapport du 7 juin 2005, le Dr D_____ mentionnait une aggravation de l'état algique depuis le début de l'année 2005 et une insomnie plus importante. Pour sa part, le Tribunal considérait que, dans le cadre d'un diagnostic de fibromyalgie, il n'y avait pas de comorbidité psychique et les critères jurisprudentiels permettant de retenir exceptionnellement un caractère invalidant à de tels troubles n'étaient pas réalisés.
Quant à la situation existant au moment de la décision sur opposition du 29 janvier 2007, le recourant se plaint de douleurs à la nuque, de douleurs à la tête, au dos, aux épaules, aux genoux mais prédominant à droite, aux mains et aux pieds, d'une impossibilité à se laver ainsi qu'à aider sa femme et à passer l'aspirateur, de troubles du sommeil, de difficultés à marcher et à se déplacer, d'une absence de motivation et d'envie, d'une humeur variable, d'une énergie fortement diminuée, d'idées noires ou suicidaires, d'une diminution de libido, de difficultés de concentration, d'une perte d'estime de soi-même. Les diagnostics posés sont spondylodiscarthrose modérée associée à des séquelles d'ostéodystrophie de croissance, périarthropathies des épaules anciennement calcifiées à gauche avec souffrance acromio-claviculaire droite sans diastasis significatif, gonarthrose débutante bilatérale, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique présent depuis fin 2004, status après correction d'un nystagmus congénital, hallux rigidus et syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis environ 1999. Les experts du COMAI ont constaté, lors de leur examen du 16 mars 2006, que la situation s'était en partie modifiée sur le plan psychique par rapport à la précédente expertise vraisemblablement à la suite du refus d'augmentation de rente, puisque, depuis lors, le recourant présentait des

symptômes correspondant tout au plus à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En revanche, sur le plan somatique, ils ont considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis fin 2004-début 2005. Quant à la capacité résiduelle de travail, ils l'ont évaluée à 100%, sur le plan somatique, dans une activité adaptée et, sur le plan psychique, à 70% quelle que soit l'activité.

Le rapport d'expertise du 13 avril 2006 des Drs I_____, F_____ et J_____ se base tant sur un examen du recourant que sur l'étude du dossier assécurologique et radiologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse personnelle et familiale ainsi que par systèmes. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts ont relevé que, lors de leur examen, l'expertisé avait accompli quelques contre-pulsions en opposition aux mouvements passifs nécessitant l'intégrité des unités motrices antagonistes, des structures tendino-ligamentaires et articulaires ainsi qu'une parfaite commande du système nerveux, soit des mouvements que les gens grabataires gravement handicapés n'étaient pas en mesure d'effectuer. Ils ont expliqué qu'il était difficile d'admettre les limitations annoncées par le patient, notamment dans sa vie quotidienne, car il fallait des arthroses ou des déformations articulaires très avancées ou encore une maladie neurologique grave pour ne plus pouvoir se mouvoir et se laver. Ils ont précisé que, dans le contexte des pathologies diagnostiquées, l'on voyait apparaître à un âge beaucoup plus avancé de tels handicaps justifiant l'aide d'une tierce personne pour les soins personnels. Ils ont également mentionné tant un repli social à l'exception de la famille puisque l'expertisé voyait ses fils régulièrement et mangeait avec eux tous les dimanches, que le maintien des activités de la vie quotidienne dès lors qu'il s'occupait du chien de son fils, le sortait trois fois par jour et effectuait les courses hebdomadairement avec son épouse. Ils ont également constaté que l'épisode dépressif n'était pas traité lege artis et que des facteurs sociaux, en particulier financiers, jouaient un rôle non négligeable dans la situation de l'expertisé. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue.

Bien que, dans leur expertise du 28 avril 2004, les experts aient admis une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée en raison des seuls troubles somatiques, dans leur nouveau rapport d'expertise du 13 avril 2006, ils confirment cette appréciation de la capacité de travail malgré la présence d'une aggravation de l'état de santé psychique marquée par la constatation de troubles psychiques. Cette appréciation n'est pas contradictoire, car il y a lieu de procéder à une appréciation globale, sans additionner les incapacités de travail constatées sur les plans psychique et somatique, mais en s'attachant à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (cf. ATFA non publié du 17 janvier 2006, I 636/04, consid. 3.3). En effet, le but de l'expertise pluridisciplinaire

est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres (ATFA non publié du 13 mars 2006, I 16/05, consid. 5.2). De plus le taux d'incapacité de travail de 30% retenu par les experts du COMAI sur le plan psychique n'est pas déterminant car le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant est une question juridique (cf. ATFA non publié du 8 février 2005, I 762/03, consid. 5.1.4). Or, l'épisode dépressif moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1; ATFA non publié du 17 juillet 2006, I 297/05, consid. 3.2). Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence dont l'existence permet d'admettre exceptionnellement le caractère non exigible de la reprise du travail, le Tribunal a déjà eu l'occasion de constater dans son précédent jugement, entré en force, qu'ils n'étaient pas non plus réalisés. Par conséquent, il y a lieu de confirmer cette appréciation en soulignant, notamment, qu'il n'y a pas d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique puisque, selon les experts du COMAI, le traitement médicamenteux n'est pas optimal et que le recourant ne présente pas un retrait social marqué.

En définitive, les conclusions des experts sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, elles reposent sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation. En conséquence, il convient de reconnaître à leur rapport d'expertise une entière valeur probante.

8. Le recourant conteste la valeur probante des conclusions des médecins du COMAI en se basant sur divers rapports produits tant dans le cadre de la procédure sur opposition que judiciaire. Dans un rapport du 18 juillet 2006, après avoir précisé que, du point de vue somatique et psychiatrique, les diagnostics posés par les experts ne présentaient pas de particularité, le Dr D_____ a fait état, à sa connaissance, d'une nette péjoration de l'état algique depuis le début de l'année 2006 et a estimé que la capacité de travail était nulle même dans un travail physiquement moins lourd. Quant au Dr G_____, il a reproché aux experts, d'une part dans un rapport du 14 septembre 2006, de n'avoir pas retenu le diagnostic de dépression grave avec incapacité de travail totale, d'autre part dans un rapport du 14 février 2007, de ne pas avoir pris en considération un contexte global tenant compte des facteurs socio-culturels lors de leur appréciation de la capacité de travail. En outre, il a critiqué l'OCAI en tant qu'il n'avait pas mandaté un autre expert psychiatre que celui qui s'était déjà prononcé et qui s'était fait une opinion intransigeante sur l'état de santé du recourant. Enfin, il s'est insurgé contre la jurisprudence donnant moins de poids aux rapports des médecins traitants.

Il ressort de ces divers rapports que le Dr D_____ fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant qui est toutefois antérieure à l'expertise du COMAI du 16 mars 2006 de sorte qu'elle a déjà été prise en considération par les experts qui, pour cette raison, ont d'ailleurs diagnostiqué des troubles psychiques. En réalité, ce médecin conteste principalement l'appréciation de l'incapacité de travail du recourant faite par les experts. Pour sa part, dans ses deux rapports, le Dr G_____ critique le diagnostic posé par les experts et leur appréciation de la capacité de travail du recourant en leur reprochant de ne pas avoir tenu compte du contexte global.

Au vu des positions divergentes de ses confrères, le Dr G_____ ne pouvait pas se borner à affirmer qu'il maintenait ses conclusions d'épisode dépressif grave mais il lui appartenait de rendre vraisemblable ses objections en expliquant en détails pourquoi il contestait tant l'un des diagnostics posés par les experts du COMAI que leur appréciation de la capacité résiduelle de travail et pourquoi il posait un diagnostic divergent. A cet égard, il lui incombait de mentionner les critères réalisés pour retenir un tel diagnostic en expliquant, d'une part, en quoi ils étaient réalisés, d'autre part, quels éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise avaient été ignorés dans le cadre de celle-ci (ATFA non publié du 23 mai 2007, I 533/06, consid. 5.3). Son renvoi à un rapport des médecins des HUG du 16 février 2006 constatant un épisode dépressif sévère ne constitue pas une motivation suffisante car, d'une part, ce diagnostic émane de neuropsychologues et non pas de psychiatres et, d'autre part, ledit rapport est antérieur à l'expertise du COMAI ce qui tend à démonter que l'état du recourant s'est amélioré entre le 16 février 2006 et l'expertise du 16 mars 2006 puisque les experts n'ont pas posé un tel diagnostic. En ayant omis de procéder à une telle discussion, son rapport n'est pas suffisamment motivé. En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATFA non publié du 7 mars 2007, I 113/06, consid. 4.4).
Par ailleurs, selon la jurisprudence, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, 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; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Or, les deux médecins n'analysent pas dans quelle mesure les plaintes du recourant sont corroborées par les constatations objectives qu'ils ont pu effectuer. Ce faisant, ils relatent surtout la manière dont le patient assume et ressent

lui-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). En outre, leur 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).

Par conséquent, ils ne s'en sont pas tenus à leur tâche de médecin dans la détermination de la capacité de travail dans le domaine de l'assurance-invalidité de sorte que leurs considérations sont empreintes de leur point de vue de médecin traitant et ne permettent pas de contester la valeur probante du rapport d'expertise du COMAI. En effet, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Etant donné que le recourant, par l'intermédiaire de son psychiatre traitant, conteste cette jurisprudence, il y a lieu de rappeler qu'un médecin traitant, qui a entrepris une psychothérapie, a naturellement le souci d'éviter tout ce qui pourrait perturber son travail et souhaite notamment éviter de provoquer chez son patient un ressentiment qui rendrait sa mission plus difficile ou même impossible. La doctrine va dans le même sens en excluant que, pour des motifs d'objectivité et d'impartialité, le médecin avec qui l'expertisé entretient une relation thérapeutique puisse intervenir comme expert (SCHREIBER, Der Sachverständige im Verfahren und in der Verhandlung, in Ulrich Venzlaff/Klaus Foerster, Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 2ème éd. 1994, p. 83 ss, 91; HELFENSTEIN, Der Sachverständigenbeweis im schweizerischen Strafprozess, Zurich 1978, p. 100). Dans ces circonstances, il n'est pas arbitraire de considérer comme plus objective l'opinion émise par des experts choisis en toute indépendance par l'autorité dans le seul but de renseigner la justice (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175).

Contrairement à ce qu'affirme le recourant, c'est donc à bon droit que l'OCAI n'a pas accordé de valeur probante aux rapports médicaux des Drs D_____ et G_____, non pas en tant qu'ils émanent des médecins traitants, mais bien davantage parce qu'ils ne sont pas suffisamment motivés et parce que lesdits médecins ne s'en sont pas tenus à leur tâche de médecin dans la détermination de la capacité de travail dans le domaine de l'assurance-invalidité.

9. Même s'il ressort du rapport d'expertise du COMAI qu'une aggravation s'est produite sur le plan psychique depuis la décision sur opposition du 27 mai 2005, respectivement depuis la précédente expertise du 28 avril 2004, il ne s'agit pas pour autant d'une modification sensible de l'état de santé pouvant motiver une révision selon l'art. 17 LPGA, puisque les conséquences de l'état de santé du recourant sur sa

capacité de gain n'ont pas subi de changement important entre la décision initiale de rente et la décision litigieuse. En effet, lors de la décision initiale de rente, on pouvait exiger du recourant qu'il exerçât une activité de substitution adaptée à son état de santé à raison de 70% et, malgré l'aggravation psychique qui s'est produite durant cette période, sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée est demeurée à 70%. Il se justifie dès lors de considérer qu'au moment déterminant, à savoir lors de la décision sur opposition litigieuse du 29 janvier 2007, le recourant pouvait travailler, sans modification, à raison de 70% dans une activité légère et sédentaire.

10. Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise sous prétexte que les médecins du COMAI ne sont pas indépendants.

    La création des COMAI repose sur l'art. 72bis RAI. Selon cette disposition, l'Office fédéral conclut, avec les hôpitaux ou d'autres institutions appropriées, des conventions prévoyant la création de centres d'observation médicale, qui seront chargés de procéder aux examens médicaux permettant d'apprécier le droit aux prestations (1ère phrase); il règle l'organisation et les tâches de ces centres, ainsi que le remboursement des frais (2ème phrase). Si les COMAI sont principalement rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considération de ces éléments notamment, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties, et cela même avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATFA non publié du 1er juin 2006, I 742, consid. 3.2).
    Ainsi, le seul fait que les Drs I_____, F_____ et J_____ soient médecins du COMAI ne permet, à lui seul, de douter de leur objectivité à l'égard du recourant. Au demeurant, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige. En conséquence, la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale indépendante doit être rejetée.

11. Mal fondé, le recours sera rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

4. 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

Sylvie CHAMOUX | Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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