REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/931/2007 **ATAS/1052/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 1er octobre 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert — recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. M. Severino D_____, marié, père de deux enfants, né le 1964, de nationalité portugaise, est arrivé à Genève le 1er mars 1986. Il est au bénéfice d'une autorisation d'établissement C.

2. En 1984, il a chuté sur le genou droit, ce qui a entraîné une déchirure du ménisque et une atteinte du ligament croisé nécessitant deux opérations.

3. Il a travaillé depuis 1987 à X_____ comme employé de cafétéria à 100 % pour un salaire mensuel de 4'663 fr. 70 (dès le 1er janvier 1994).

4. Le 4 février 1991, il a subi une intervention chirurgicale en raison d'une hernie discale L4/L5 gauche présente depuis 1990 et a ressenti depuis mai 1993 des lombosciatalgies gauches persistantes. Il a été en incapacité de travail totale depuis cette date.

5. Le 1er février 1994, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (orientation professionnelle et reclassement dans la même profession).

6. Le 25 avril 1995, le Dr A_____ a rendu, à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), une expertise laquelle mentionne que l'assuré se plaignait de lombosciatalgies gauches, de douleurs au genou et à l'aine droits. Les traitements s'étaient révélés inefficaces. Les avis des neurochirurgiens quant à la nécessité d'une intervention chirurgicale divergeaient. Il conclut à une capacité de travail de 50 % de l'assuré en relevant qu'en accord avec son médecin-traitant, le Dr B_____, il pense que le syndrome douloureux dont se plaint l'assuré est réel même s'il n'est pas exclu que son appareil psychique soit un peu plus fragile que ce qui lui est apparu lors de la consultation et qu'il n'est pas possible de mettre en évidence une étiologie précise ni de diminuer son intensité moyennant des mesures thérapeutiques. Il a précisé que l'assuré pourrait exercer une activité industrielle légère, sans effort, sans position mettant le dos à contribution, avec des fréquents changements de position.

7. Par décision du 1er avril 1996, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 67 % dès le 1er mai 1994.

8. En novembre 2000, l'OCAI a ouvert une procédure de révision et le 4 décembre 2000, l'assuré a rempli le questionnaire pour la révision de la rente en mentionnant que son état s'était aggravé depuis une année, en raison de l'augmentation des douleurs.

9. Le 26 février 2001, le Dr B_____, rhumatologue, a attesté que l'état de santé était stationnaire et entraînait une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité. Une IRM du 7 décembre 2000 avait mis en évidence une hernie discale

L1-L2 légèrement luxée vers le haut et un canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1 d'origine dégénérative expliquant pour une large part la persistance de la symptomatologie algique, la douleur à la marche et en position assise et debout prolongée. Une intervention de greffe osseuse avait été refusée en 1994 par le patient jusqu'à ce jour.

10. Le 19 avril 2001, le Dr C_____, médecin de l'OCAI, a considéré qu'il n'y avait pas de changement tant que l'assuré n'acceptait pas une opération de sa hernie discale et du canal lombaire étroit et proposé une révisions dans trois ans.

11. Par décision du 19 avril 2001, l'OCAI a informé l'assuré que la procédure de révision aboutissait au maintien de sa rente entière d'invalidité.

12. En janvier 2004, à la suite de l'entrée en vigueur de la quatrième révision de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI), l'OCAI a ouvert une nouvelle procédure de révision. A cette occasion, l'assuré a déclaré que son état de santé s'était aggravé depuis novembre 2003 car il souffrait d'une nouvelle hernie discale.

13. Le 13 mars 2004, le Dr B_____ a attesté que l'état de santé était stationnaire depuis 2000, la capacité de travail nulle comme employé de cafétéria et envisageable à temps partiel avec un rendement diminué dans une activité industrielle adaptée. Le diagnostic posé était celui de status post-cure chirurgicale hernie discale L4-L5 gauche et hernie discale L1-L2. Canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1. Lombosciatalgies résiduelles. Gonarthrose gauche débutante.

14. Le 2 avril 2005, le Dr B_____ a relevé que le genou droit qui avait subi plusieurs interventions dont une méniscectomie et une plastie du ligament croisé antérieur évolue vers une gonarthrose tricompartimentale. Quant au genou gauche, il présente des lésions de surcharge sans qu'on puisse véritablement parler d'arthrose mais des radiographies pertinentes n'avaient pas été effectuées. Au vu de la multiplicité des affections que présente l'assuré, on peut raisonnablement estimer que sa capacité de travail est nulle.

15. Le 26 avril 2005, le Dr D_____, rhumatologue FMH, a effectué un examen clinique de l'assuré. Il précise que l'assuré ayant égaré son dossier radiologique, quelques clichés standards ont été réalisés. Dans son rapport du 22 juin 2005, il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques persistantes (M 51.8), un status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1991, des cervicobrachialgies droites chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles dégénératifs cervicaux, discrets troubles dégénératifs du genou droit et, "d'après le dossier" un canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1, et une hernie discale L1-L2.

Il relève que rien dans l'anamnèse, les examens cliniques et radiologiques ne permet de retenir une hernie discale L1-L2, un canal étroit L4-L5 et L5-S1 et une gonarthrose droite. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : "Rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout 1x/h, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids supérieur à 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail s'effectuant sur des engins vibrants. Rachis cervical + MS : pas de travail imposant le maintien permanent de la tête dans une position immobile extrême (rotation, rétroflexion), pas de travail imposant le port régulier à bout de bras de charges d'un poids excédant 5 kg et à plus de 60° d'abduction au niveau de l'épaule. Genoux : pas de travail imposant des génuflexions fréquentes, ni de travail se réalisant à genoux, ni de travail imposant des déplacements réguliers sur les échelles/escaliers/escabeaux ou des déplacements fréquents sur un sol irrégulier".

Les constations objectives sont des plus modestes et se situent très en retrait des plaintes présentées par l'assuré. Il n'y a pas de déficit neurologique. Il existe certes des images radiologiques de hernies discales à divers niveaux, mais sans traduction clinique : il s'agit donc plutôt de données iconographiques que d'atteintes pathologiques individualisées. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, la capacité de travail est objectivement d'environ 80%, 20% de diminution de rendement étant imputable à la problématique douloureuse chronique en elle-même. Vu la discordance entre les constatations objectives et l'importance des plaintes, une évaluation psychiatrique est opportune pour faire une juste part des choses entre les atteintes anatomopathologiques objectives et le vécu douloureux subjectif chronique. L'expertise du Dr A_____ du 25 avril 1995 ne comporte qu'un status clinique rudimentaire et une large part est faite à l'appréciation subjective de la perception de la souffrance sur la base de laquelle une incapacité de travail de 50 % est proposée sans définition de limitations fonctionnelles ni détermination de la date à partir de laquelle existe cette incapacité de travail, respectivement capacité de travail résiduelle. Par la suite, dans son rapport du 13 avril 2004, le Dr B_____ indique une incapacité de travail de 100 % "depuis 2000" et signale l'apparition entre temps d'une hernie discale L1-L2; ce rapport ne contient aucun examen clinique.

16. A la demande de l'OCAI, le Dr E_____, spécialiste psychiatrie et psychothérapie FMH, a rendu une expertise le 24 octobre 2005. Il pose les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :

    - Trouble somatoforme (F45).
    - Personnalité frustrée (F60.8).
    - Lombalgies chroniques persistantes (M51.8).
    - Statuts après cure de hernie discale L4-L5 G en 1991.

- Canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1 et hernie discale L1-L2, d'après le dossier.
- Cervicobrachialgies D chroniques, persistantes dans le cadre de discrètes troubles dégénératifs cervicaux.
- Discrets troubles dégénératifs du genou D.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente pas de maladie psychiatrique à proprement parler, il n'y a donc pas d'arriération mentale, pas de schizophrénie, pas de trouble bipolaire, pas d'état dépressif, pas d'anorexie, pas de dépendance à l'alcool, pas de toxicomanie, pas d'état confusionnel. En ce qui concerne la personnalité, l'assuré ne souffre pas des troubles graves tels que la paranoïa, personnalité émotionnellement labile ou autre. Il présente une personnalité plutôt frustre mais en ayant quand même des ressources psychologiques. Puisque d'après l'expert rhumatologue, les lésions anatomiques sont minimes et ce qui prédomine est l'importance du côté subjectif chez l'assuré, concernant sa capacité à supporter la douleur, nous pouvons nous demander si l'assuré souffre d'un trouble somatoforme. Rappelons que d'après la CIM-10, les caractéristiques essentielles des troubles somatoformes sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicale, persistant en dépit des bilans négatifs répétés et des propos tenus par les médecins selon lesquels les symptômes n'ont aucune base organique. D'après l'expert rhumatologue, les constatations objectives tant du point de vue clinique que radiologiques, se situent "très en retrait des plaintes présentées par l'assuré". En respectant toute une série de limitations fonctionnelles, l'assuré devrait pouvoir travailler. Il existe donc une perception de la douleur chez l'assuré qui ne correspond pas au lésions organiques objectivables. Dans ce sens-là, nous pouvons parler effectivement d'un trouble somatoforme. Du point de vue psychiatrique, l'assuré était capable de travailler à 100%. Il faudrait prévoir une mesure de réadaptation en accord avec les limitations fonctionnelles décrites par l'expert rhumatologue.

17. Le 10 janvier 2006, le Dr B_____ a formulé des observations à la suite du rapport du SMR. L'état de santé du patient ne s'était pas amélioré depuis 1994. Il avait consulté à de nombreuses reprises pour récidive du syndrome lombosciatalgique gauche dans la plus part des cas, et, dans une moindre mesure, pour des gonalgies droites et gauches. L'IRM du 7 décembre 2000 qui n'était pas en mains du SMR, avait montré une nouvelle hernie discale et des canaux radiculaires étroits sur arthrose des massifs articulaires post. En ce qui concerne les gonalgies droites, il rappelle que ce patient a subi trois arthroscopies durant ces 25 dernières années. La première interventions a mis en évidence une lésion du ligament croisé post. Par la suite, l'assuré a subi une résection partielle de son ménisque interne. Nous savons parfaitement que ce type de situation constitue le lit des lésions dégénératives évolutives du cartilage articulaire (arthrose) et explique les douleurs ressenties actuellement. Pour apprécier l'importance des troubles dégénératifs, il avait suggéré d'effectuer des RX en charge (incidence de Schuss), examen de

référence pour objectiver le degré d'atteinte des surfaces articulaires. Or, le médecin examinateur a conclu à l'absence de troubles dégénératifs sur la base de simples clichés effectués en décubitus dorsal. On peut donc estimer que, sur le plan strictement scientifique, ses conclusions ne sont pas fondées.

18. Le 17 janvier 2006, le SMR a rendu un avis médical selon lequel la capacité de travail retenue par le Dr A_____ ne reposait pas sur des constatations objectives. L'assuré avait en réalité toujours eu une capacité de travail de 80 % au moins dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le trouble somatoforme était non-invalidant puisque cet assuré ne présente aucune comorbidité psychiatrique manifeste, ni aucun autre critère associé pouvant expliquer occasionnellement qu'un tel trouble soit invalidant. Par conséquent au vu de l'examen clinique SMR rhumatologique et de l'expertise psychiatrique, cet assuré présente des lombalgies chroniques persistantes, des cervicobrachialgies droites chroniques et des discrets troubles dégénératifs du genou droit qui sont compatibles avec une activité adaptée de 80% (20% de diminution de rendement sur un 100%) depuis le mois d'août 1991 (soit six mois après l'intervention neurochirurgicale qui a eu lieu le 4 février 1991). C'était donc de manière erronée que la capacité de travail exigible n'avait été retenue qu'à 50% à l'époque de la décision initiale.

19. Par communication du 24 janvier 2006, l'OCAI a informé l'assuré que sa rente entière serait remplacée par un trois-quarts en application de la 4ème révision de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

20. Le 25 janvier 2006, l'assuré a écrit à l'OCAI que les renseignements fournis par le Dr B_____ démontraient que son état de santé continuait de se péjorer.

21. Par décision du 21 février 2006, l'OCAI a accordé à l'assuré un trois-quarts de rente dès le 1er avril 2006.

22. Le 22 mars 2006, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière. Sa capacité de travail estimée à 80 % était en réalité nulle dès lors qu'elle était assortie d'une longue liste de limitations fonctionnelles. Le Dr B_____ laissait entendre que l'état de santé s'était aggravé en raison de troubles dégénératifs.

23. Le 1er décembre 2006, l'assuré a demandé à l'OCAI qu'il rende une décision sur opposition.

24. Par décision du 6 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en rappelant qu'en 1995 aucune atteinte physique ou psychique invalidante n'avait été diagnostiquée. Le versement d'une rente reposait sur une erreur manifeste ou à tout le moins sur une instruction médicale extrêmement lacunaire. Le Dr B_____ avait estimé en 2001 et 2004 que l'état de santé était stationnaire. En 2006, il

précisait que l'état de santé ne s'était pas amélioré. En conséquence, l'opposition ne pouvait être que rejetée.

25. Le 26 février 2007, le Dr B_____ a attesté, en complément à son courrier du 10 janvier 2006, que l'état de santé de son patient s'était péjoré depuis 1994.

26. Le 8 mars 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière dès le 1er avril 2006 et, préalablement à son audition, à celle du Dr B_____ et à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Le Dr B_____ faisait état d'une aggravation de son état de santé depuis 1994 et affirmait que la capacité de travail était nulle au vu de la multiplicité des affections. Il éprouvait parfois tellement de douleurs qu'il ne parvenait plus à faire sa toilette, sortir de sa baignoire, se baisser, etc.

27. Le 18 mai 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en soulignant que le Dr B_____ n'avait jamais mentionné une péjoration de son état de santé mais uniquement un amplification subjective des douleurs, qu'une nouvelle expertise ne se justifiait nullement et qu'il lui aurait été loisible de reconsidérer la décision initiale de rente, laquelle reposait sur une erreur manifeste puisqu'il n'y avait pas d'atteinte physique invalidante, ni de diagnostic psychiatrique.

28. A la demande du Tribunal de céans, le Dr B_____ a précisé le 13 juin 2007 que les plaintes de l'assuré (douleurs à la marche et en position assise et debout prolongées) étaient en relation avec les troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 associés à un canal lombaire étroit objectivé par un examen IRM. L'hernie discale L1-L2 constituait un facteur aggravant.

    L'assuré avait probablement un seuil d'acceptabilité de la douleur abaissé, mais les lésions organiques étaient néanmoins présentes (status postopératoire pour hernie discale L4-L5 gauche et troubles dégénératifs secondaires, status post-méniscectomie interne partielle du genou droit). L'état de santé s'était objectivement aggravé (depuis 1994), ce qui pouvait s'expliquer par la nature de son affection. En effet, dans ce genre de pathologie, le temps n'était pas un facteur favorable. Il rappellait, en effet, que le Dr RAMADAN avait proposé, en 1994 une fixation lombaire L4-L5, L5-S1.

29. Le 12 juillet 2007, le recourant a relevé que le Dr B_____ avait confirmé que son état de santé s'était objectivement aggravé et que ses plaintes étaient objectivables, la présence de lésions organiques étant clairement établie. Par ailleurs, depuis treize ans, il ne pouvait plus exercer la moindre activité professionnelle et il n'était pas sérieusement envisageable qu'il en reprenne une aujourd'hui. A titre subsidiaire, il demandait une expertise pluridisciplinaire.

30. Le 12 juillet 2007, l'intimé a maintenu ses conclusions.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

   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 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours porte sur le droit du recourant au maintien d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er avril 2006, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA. Celle-ci s'applique donc au cas d'espèce.

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. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts

de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) 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 références citées). 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).

d) 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. 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).

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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait

allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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).

b) 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).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de

l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption

que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques

communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

8. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

   b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

   c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement

d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

9. a) En l'espèce, l'intimé se fonde sur le rapport du Dr D_____ du SMR et l'expertise du Dr E_____ pour exclure une péjoration de l'état de santé du recourant et confirmer l'octroi d'un trois-quarts de rente fondé sur une capacité de travail de 50 % aboutissant à un degré d'invalidité de 67 %. Le recourant estime quant à lui que son incapacité de travail est totale en invoquant l'avis du Dr B_____, lequel fait état d'une péjoration de son état de santé depuis 1994.

b) Le rapport rhumatologique du SMR retient des lombalgies chroniques persistantes, des cervicobrachialgies droites chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles dégénératifs cervicaux et de discrets troubles dégénératifs du genou droit. Il conteste ensuite l'existence d'une hernie discale L1-L2, d'un canal étroit L4-L5 et L5-S1, d'une gonarthrose tricompartimentale du genou droit ainsi

que de lésions dégénératives des genoux (rapport p. 6 et 7). A cet égard, le Dr B_____ a expliqué que le SMR ne possédait pas l'IRM lombaire de 2000 laquelle avait mis en évidence la hernie discale L1-L2 et les canaux radiculaires étroits (L4-L5 - L5-S1) avec arthrose des massifs articulaires et que, s'agissant des lésions dégénératives du genoux, elles survenaient après trois interventions au genou du recourant, ce qui était fréquent et qu'aucune radiographie pertinente pour attester ou exclure de telles lésions dégénératives n'avait été effectuée.

A cet égard, le rapport du SMR n'est effectivement pas complet puisqu'il conteste les diagnostics posés par le Dr B_____, alors même qu'il admet qu'il n'est pas en possession du dossier radiologique de l'assuré.

Nonobstant cette critique, le rapport du SMR, lorsqu'il détermine les limitations fonctionnelles, tient compte des diagnostics évoqués par le Dr B_____ puisque ces limitations touchent le rachis lombaire, le rachis cervical, les membres supérieurs et les genoux. A cet égard, le Dr B_____, dans son avis du 10 janvier 2006 rendu à la suite du rapport du SMR, ne conteste pas les limitations fonctionnelles arrêtées par celui-ci. Il insiste uniquement sur le fait que les diagnostics qu'il a posé sont avérés. Le 13 juin 2007, il précise que les troubles dégénératifs L4-L5 - L5-S1 associés à un canal lombaire étroit et les lésions au genou droit sont des lésions organiques objectivables expliquant les douleurs et que la hernie L1-L2 est un facteur aggravant. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B_____ relève seulement qu'en 1994, alors que les restrictions étaient moins importantes, il avait suggéré une capacité de travail de 50 % sans motiver de façon convaincante en quoi la capacité de travail aurait diminué et le 2 avril 2005, il estime qu'au vu de la multiplicité des affections présentes, la capacité de travail est nulle, sans expliquer non plus pour quelle raison un travail adapté, respectant les limitations fonctionnelles ne serait pas raisonnable à 50 %. Le Dr B_____ atteste principalement de l'augmentation des douleurs, dans le cadre de lésions objectivables soit un canal lombaire étroit et des troubles dégénératifs en L4-L5 avec une hernie discale L1-L2 comme facteur aggravant et d'un trouble somatoforme, déjà attesté par le Dr A_____ en 1995 (syndrome douloureux). Or, sur la base des constatations du Dr B_____, même si l'état douloureux s'est aggravé et que des lésions dégénératives sont apparues, il n'a pas été établi que des limitations fonctionnelles nouvelles ayant une répercussion négative sur la capacité de travail de 50 % seraient survenues depuis 1994. En retenant des limitations fonctionnelles au rachis lombaire et cervical, au membre supérieur et aux genoux, le rapport du SMR rejoint les constatations du Dr B_____. En ce sens, il revêt une valeur probante suffisante nonobstant le fait que le Dr D_____ n'était pas en possession du dossier radiologique du recourant et l'intimé pouvait s'en contenter, ce d'autant qu'il a finalement retenu une capacité de travail inférieure à celle arrêtée par le Dr D_____, soit celle de 50 % fixée initialement par le Dr A_____.

Au surplus, l'expertise psychiatrique du Dr E_____ n'est pas contestée par le recourant. Après un examen du dossier et de l'assuré, l'expert a posé le diagnostic de trouble somatoforme (F45) et personnalité frustrée (F60.8) et conclut à une capacité de travail complète. A cet égard, le Dr B_____ (avis du 14 juillet 2007) n'a pas contesté le diagnostic de trouble somatoforme en relevant que le seuil d'acceptabilité de la douleur du recourant était probablement abaissé. Or, ce trouble somatoforme tel que décrit par le Dr E_____, en particulier sans comorbidité psychiatrique pertinente, n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence précitée, ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas.

c) Il y a ainsi lieu d'admettre que la péjoration de l'état de santé du recourant, soit l'augmentation des douleurs, n'a pas une incidence négative sur la capacité de travail de 50 % retenue initialement. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu à révision de la rente du recourant.

10. a) Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé de confirmer le taux d'invalidité de 67 %, fondé sur une capacité de travail exigible du recourant de 50 %, n'est pas critiquable. Le recours sera en conséquence rejeté.

    b) 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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

11. Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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