REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/963/2006 **ATAS/436/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 25 avril 2007

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , GRAND-LANCY, représenté par Me AGIER, FSIH - Fédération Suisse pour l' Intégration des Handicapés	Recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le 1950, de nationalité italienne, marié et père de deux enfants, est en Suisse depuis 1975. Il a travaillé d'abord dans le bâtiment, puis en 1985, comme chauffeur poids-lourds indépendant. En raison de douleurs et de troubles psychiques, l'assuré est en arrêt de travail total depuis le 8 décembre 1999.

2. Le 30 mars 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

3. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 29 avril 2001, le Dr.-. A_____, spécialiste FMH en médecine interne et sang, a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif réactionnel, avec répercussions sur la capacité de travail. Il souffre en outre d'une hypertension artérielle, sans influence sur la capacité de travail. Selon ce médecin, l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 8 décembre 1999, de façon continue et définitive. L'activité antérieure de chauffeur de poids-lourds indépendant n'est plus exigible, aucune réinsertion professionnelle n'est possible, l'assuré ne présentant aucune capacité de travail raisonnablement exigible selon le Dr A_____. Le 26 juin 2001, le médecin traitant a précisé que l'état dépressif est actuellement résolu, que l'assuré a compris sa maladie et qu'il l'a en partie acceptée, de sorte qu'une prise en charge par un psychiatre n'est pas nécessaire. Aucun évènement particulier ne s'est produit au début 1999, le malade avait suffisamment de travail puisqu'il avait un employé sous ses ordres. Celui-ci n'a été congédié que lorsque que l'entreprise a dû être liquidée pour des raisons médicales. Le patient passe ses journées couché, assis et fait des promenades. Il se plaint d'une asthénie, de myalgie et de faiblesses musculaires importantes qui empêchent ainsi tout reclassement professionnel.

4. Le 22 août 2001, le médecin de l'OCAI a adressé un questionnaire au Dr A_____ dont il résulte que les impotences fonctionnelles, qualifiées de graves, sont fondées sur la base des dires de son patient, qu'il n'y a pas de perte d'intégration familiale et sociale, ni de trouble sévère de la personnalité. En outre, le syndrome douloureux est de gravité sévère.

5. L'OCAI a ordonné une expertise COMAI, qu'il a confiée à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne (PMU). Dans son rapport du 14 avril 2003, le COMAI expose que l'assuré a été examiné les 2, 7 et 9 octobre 2002, qu'il a fait l'objet d'un examen clinique en date du 2 octobre, d'un consilium de psychiatrie le 7 octobre 2002 et d'un consilium de rhumatologie le 9 octobre 2002. Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 15 octobre 2002 en présence des médecins interniste, neurologue et de la psychologue. Le COMAI relève que l'assuré se plaint de cervicalgies, de gonalgies bilatérales et de lombalgies. A l'examen clinique, le patient est en état général conservé, sur le plan psychique, il est conscient, collaborant et orienté, il n'y a pas

de trouble cognitif du point de vue neurologique, ni de trouble sensitif. La consultation de rhumatologie a mis en évidence des cervico-lombalgies et gonalgies chroniques, invalidantes, d'allure commune, sans mise en évidence dans le diagnostic différentiel de lésion inflammatoire, traumatique, infectieuse. Le bilan radiologique peut être considéré comme normal vu l'âge du patient. Les limitations fonctionnelles sont essentiellement algiques au cours de l'examen clinique et concerne la colonne cervicale et lombaire, il n'y a pas de limitation fonctionnelle au genou. Ce sont essentiellement les douleurs qui ont des répercussions fonctionnelles sur l'activité professionnelle du patient et, en tenant compte de ces dernières, on peut estimer que la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique en tant que chauffeur de poids lourds est de 70%. Dans des travaux légers, sans exposition à des vibrations corporelles, ni mouvements répétitifs de rotation, flexion-extension en porte-à-faux de la colonne cervico-lombaire, des travaux accroupis ou à genou, la capacité de travail, du point de vue rhumatologique, est de 100%. Sur le plan psychiatrique, le patient s'est montré collaborant, quoique volubile et relativement difficile à canaliser dans son flux verbal. Du point de vue de la thymie, il semble avoir présenté un trouble dépressif assez marqué au début de son arrêt de travail. Il a été traité pour ses douleurs pendant deux ans; un antidépresseur a été introduit, mais ce fût un échec. Les observations donnent à penser cependant que si la dépression s'est clairement atténuée, un trouble thymique est néanmoins encore présent. Le comportement de l'expertisé lors de l'entretien a conduit le médecin à se poser la question de la présence d'un trouble bipolaire, actuellement en phase hypomaniaque. Il a été constaté une fuite des idées, un aspect digressif et à certains moments un "Moi" grandiose chez le patient. Il a beaucoup de peine à s'endormir et se réveille plusieurs fois pendant la nuit. Durant la journée, il lui arrive d'être pris par une fatigue soudaine. Les diagnostics retenus sont ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant et trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque. Dans la discussion du cas, les médecins relèvent que le tableau qui se dégage à la lecture du dossier et à l'examen clinique est celui d'un homme qui n'a pas subi de carence majeure durant l'enfance, mais qui a présenté des troubles du comportement non spécifiés à l'adolescence. Il n'y a pas de trouble de la lignée psychotique, mais il existe quelques indices cliniques qui pourraient laisser penser à un trouble de la personnalité, probablement masqué par l'hypomanie. Les médecins estiment que le patient devrait suivre un traitement aux antidépresseurs auquel il est cependant peu accessible. Le trouble somatoforme douloureux et la perturbation affective ont un impact certain et durable sur la capacité de travail de l'expertisé. Ce dernier conserve cependant un certain nombre de ressources, son fonctionnement global actuel apparaît compatible avec une capacité de travail à 50%. Dans l'appréciation du cas, les médecins considèrent que le trouble somatoforme selon les critères utilisés est à considérer comme une atteinte à la santé ayant valeur de maladie, en raison de l'existence probable de traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, de la chronicité et de la durée du trouble. En revanche, il n'y a pas de

perte d'intégration sociale, ce qui pourrait également être expliqué par la comorbidité qui, elle, induit plutôt une augmentation (pathologique) de la sociabilité. En conclusion, en tenant compte du trouble somatoforme et d'une comorbidité psychiatrique, les médecins ont retenu une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée telle que décrite ci-dessus, en respectant les limitations fonctionnelles. Dans l'activité de chauffeur, en revanche, la capacité résiduelle de travail est inexistante.

6. Le 20 janvier 2004, le Dr.-. B_____, médecin-adjoint agrégé de la Consultation Psychiatrie, Consultation de la Jonction, des (ci-après "établissement hospitalier"), a établi un rapport à l'attention de l'OCAI, aux termes duquel le patient est en incapacité de travail à 100% depuis novembre 1999 jusqu'à ce jour. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont un trouble affectif bipolaire depuis 1985 et une fibromyalgie depuis 1998. Le médecin explique que sur le plan de l'humeur, le patient a présenté un premier épisode dépressif en 1985, puis qu'en automne 1999, il a fait une phase hypomane sévère qui a entraîné des problèmes financiers, suivi d'un épisode dépressif sévère. En septembre 2002, il signale une rechute sous forme d'un début d'épisode manique qui va évoluer jusqu'à décembre 2002, période où le patient est finalement hospitalisé en entrée non volontaire à la Clinique de Belle-Idée. Il a présenté encore un état dépressif au printemps 2003, avec une lente amélioration jusqu'à ce jour. Sur le plan de l'humeur, il a fait plusieurs épisodes dépressifs et hypomanes/maniaques qui ont duré plusieurs mois. Il n'est pas encore en rémission du dernier épisode dépressif actuellement. Le patient est collaborant et compliant au traitement médicamenteux ; l'évolution de l'état dépressif est très lentement favorable; la présence d'une fibromyalgie complique cependant l'évolution ainsi que le pronostic. Le médecin a joint un résumé du séjour à la Clinique de Belle-Idée du 21 décembre au 28 décembre 2002, en entrée non volontaire, en raison d'un risque hétéro-agressif important.

7. Le 10 août 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a adressé à l'assuré une communication intitulée "information préalable" aux termes de laquelle une rente entière d'invalidité lui était octroyée du 1er décembre 2000 au 30 juin 2001.

8. Le 7 septembre 2004, le Dr B_____, après avoir pris connaissance de l'information préalable de l'Office AI du 10 août 2004, a écrit à l'OCAI, sollicitant des informations, ne comprenant pas pourquoi le degré d'invalidité de son patient se limite à la période de décembre 2000 à juin 2001.

9. Le 13 octobre 2004, ce médecin a adressé un nouveau courrier à l'Office de l'assurance-invalidité de Fribourg, relevant qu'il avait l'impression qu'il n'avait pas été tenu compte de son rapport médical du 20 janvier 2004 adressé à l'OCAI de Genève.

10. Par décision du 11 octobre 2004, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 100% pour la période du 1er décembre 2000 au 30 juin 2001, et a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité. Dans sa motivation, il relève que suite à l'amélioration de son état de santé attestée médicalement dès le 20 juin 2001, l'assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier de production industrielle légère, surveillance de machines, contrôle de qualité, ce à plein temps, avec un rendement diminué de 50%. Dans une telle activité, après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 24%. En conséquence, la rente est supprimée dès le 1er juillet 2004. L'OCAI lui accorde en revanche une aide au placement, invitant l'assuré à prendre contact avec ses services.

11. L'assuré a formé opposition en date du 28 octobre 2004, relevant que son état de santé ne s'est jamais amélioré. Il contestait la suppression de la rente d'invalidité.

12. Par décision du 16 février 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant que selon le Dr A_____, en juin 2001, l'état dépressif est résolu, l'assuré ayant compris sa maladie et l'ayant en partie acceptée. S'il confirme qu'une activité légère ne convient plus en raison de l'asthénie, la myalgie et la faiblesse musculaire importante, les experts du COMAI, dans leur rapport du 14 avril 2003, parviennent à la conclusion que le fonctionnement global actuel apparaît compatible avec une capacité de travail à 50%, dans une activité adaptée, respectant les limitations. L'OCAI considère que le rapport médical du Dr B_____, du Service de psychiatrie adulte, ne remet pas en cause le rapport d'expertise du 14 avril 2003.

13. Par courrier du 28 février 2006 adressé à l'OCAI, la Fédération Suisse pour l'intégration des handicapés (ci-après FSIH) demande à ce que lui soit notifiée la décision sur opposition qu'il a, à tort, envoyée à l'assuré seulement, dès lors qu'il avait produit une procuration de son mandant en date du 2 décembre 2005.

14. Le 16 mars 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours auprès du Tribunal de céans, ce plaignant de ce que la décision de l'OCAI du 16 février 2006 ne lui ait pas été notifiée. Le représentant de la FSIH soulève par ailleurs qu'il avait demandé à l'OCAI le dossier AI de son mandant, après s'être rendu compte qu'il manquait beaucoup de pièces, il a écrit à nouveau à l'OCAI en date du 30 décembre 2005, lui demandant une copie de toutes les pièces du dossier. Il fait valoir que l'assuré est suivi depuis plusieurs années par le Dr. Jean-Michel B_____, de la Consultation Jonction du Département de psychiatrie des "établissement hospitalier", qui a toujours mentionné une incapacité de travail 100%, quelle que soit l'activité envisagée. Il se plaint d'une violation grave du droit d'être entendu, ainsi que de la violation de l'élection de domicile. Il conclut à ce que la décision du 16 février 2006 soit déclaré nulle et de nul effet et la cause renvoyée à l'OCAI, afin que ce dernier mette à sa disposition l'entier du dossier AI et lui notifie une décision sur opposition.

15. Dans sa réponse du 13 septembre 2006, l'OCAI expose qu'au moment de la rédaction de la décision sur opposition du 16 février 2006, l'Office AI du canton de Fribourg - chargé de l'instruction du dossier dans le cadre "Projet OFAS 2002 - 2004" - n'avait pas connaissance du fait que le recourant était représenté par Me AGIER, de la FSIH, le dossier en sa possession ne contenant aucune procuration. C'est dès lors en toute bonne foi que l'Office AI du canton de Fribourg a adressé la décision sur opposition du 16 février 2006 à l'assuré. L'OCAI relève que l'Office AI du canton de Fribourg, par courrier du 6 septembre 2006, a envoyé au mandataire du recourant une copie des pièces manquantes afin de rectifier les désagréments administratifs internes rencontrés lors du traitement du dossier de l'assuré. Pour le surplus, l'OCAI considère que la décision sur opposition du 16 février 2006 est fondée sur un dossier complet et n'a aucune remarque particulière à formuler. Dès lors que les vices de procédure ont été réparés, l'OCAI propose le rejet du recours.

16. Dans ses écritures du 28 novembre 2006, le recourant fait valoir que le médecin conseil de l'OCAI, le Dr C_____, a eu tort de se référer dans sa note du 1er septembre 2003 au rapport du médecin généraliste traitant, le Dr . A_____. D'autre part, si ce dernier a bien parlé d'un état dépressif qui s'était amendé, il a aussi indiqué que la situation médicale n'avait malgré tout pas changé et qu'il y avait toujours une incapacité de travail définitive de 100%. D'autre part, à partir de décembre 2002, son état de santé psychique s'est complètement dégradé, puisqu'il a dû être hospitalisé en urgence, en entrée non volontaire, à la Clinique de Belle-Idée. Il conteste en conséquence que son état de santé se soit amélioré, et considère que sa rente entière ne doit pas être supprimée. Subsidiairement, il demande à ce que la rente entière lui soit à nouveau reconnue dès le 1er février 2003. Il demande l'audition en qualité de témoins des Dr . B_____ et D_____, dont il produit un rapport daté du 23 octobre 2006. Selon ces médecins, le recourant souffre de longue date d'un trouble affectif de type bipolaire, maladie chronique caractérisée par des phases de décompensation manique ou dépressive. Le recourant a été hospitalisé une première fois en entrée non volontaire à la Clinique de Belle-Idée le 21 décembre 2002; suite à ce séjour, le patient a pu être stabilisé grâce à un traitement neuroleptique et stabilisateur de l'humeur. Pendant l'année 2003-2004, le patient a présenté un épisode dépressif sévère où le traitement a été rendu difficile par la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'état dépressif s'est progressivement amélioré, mais de nombreux symptômes dépressifs résiduels ont persisté. En 2005, l'état psychique s'est à nouveau aggravé et le patient a dû être hospitalisé le 10 juillet 2005 en raison d'un épisode maniaque. Cette hospitalisation a dû avoir lieu suite à une intervention de la police chez le patient et s'est déroulée dans un contexte de risque auto et hétéro-agressif. Lors du status d'entrée pour cette hospitalisation, le patient a dû être menotté et il était agressif verbalement. L'état psychique a pu être amélioré par un traitement, le patient a pu continuer régulièrement son suivi à la

consultation pour le trouble bipolaire pendant l'année 2006. Au cours de cette année, il a présenté à nouveau un état dépressif qui a nécessité une modification du traitement. Le 27 septembre 2006, le patient a fait une rechute hypomaniaque et a quitté la Suisse dans un état de crise. Les médecins ont eu un contact téléphonique qui a permis de mettre en évidence un état hypomaniaque caractéristique avec tachypsychie, projet grandiose, propension à contracter des dettes et anosognosie partielle. Étant donné la présence d'un trouble bipolaire ayant déjà conduit à deux hospitalisations en entrée non volontaire ainsi que la présence actuelle d'une rechute hypomaniaque - maniaque, une demande d'assurance invalidité apparaît pleinement justifiée au vu de l'aggravation du tableau psychiatrique depuis quelques années.

17. Ces pièces ont été communiquées à l'OCAI, qui a été invité à se déterminer.

18. Par courrier du 26 janvier 2007, l'OCAI a maintenu ses conclusions. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le recourant conteste que son état de santé de santé se soit amélioré dans une mesure justifiant la suppression de la rente d'invalidité dès le 1er juillet 2001.

   En l'occurrence, l'OCAI a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er décembre 2000 au 30 juin 2001 et a simultanément supprimé cette rente dès le 1er juillet 2001. Or, seule la suppression de la rente entière est contestée, non l'octroi de la rente entière à partir du 1er décembre 2000.

   L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Ainsi, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 ss consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1; ATF 110 V 53 consid. 4a in fine).

5. a) Selon l'art. 4 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. En revanche, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.],

Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   D'après la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 sv. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157).

   Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. D'après la jurisprudence, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI; cf. ATF 127 V 467 consid. 1 et 121 V 366 consid. 1b). Selon l'art. 29 bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, 1er alinéa, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

   Il s'ensuit que tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Conformément aux règles posées par la jurisprudence en matière d'objet de la contestation et d'objet du litige et à l'art. 41 LAI, il importe d'établir l'existence d'un changement important des circonstances propre à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or un tel examen ne peut intervenir que par le biais d'une comparaison entre les différents états de faits successifs.

7. En l'espèce, selon le médecin-traitant, le recourant, en raison de la fibromyalgie et d'un état dépressif, est incapable de travailler à 100 % depuis le 8 décembre 1999, date à laquelle le recourant a dû liquider son entreprise. Il a, certes, relevé en juin 2001, que l'état dépressif était résolu, mais a estimé que la capacité de travail était toujours totale, en raison de la sévérité du syndrome douloureux.

Le COMAI, quant à lui, a posé les diagnostics de troubles somatoformes douloureux et de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque. Du point de vue rhumatologique, le patient est capable de travailler à 70 % dans son ancienne activité, et à 100 % dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles décrites. Les experts ont considéré que le trouble somatoforme douloureux est à considérer comme une atteinte à la santé ayant valeur de maladie, en raison de l'existence probable de traits prémorbides (troubles du caractère mis en évidence dans l'enfance, bien que recouverts), d'une comorbidité psychiatrique, de la chronicité et de la durée du trouble. Ils ont ainsi retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le Tribunal de céans relève en premier lieu que les experts du COMAI ont précisé, à la page 18 de leur rapport d'expertise, que la capacité de travail comme chauffeur était de 0 % en cas de nécessité de port de charges lourdes et/ou de confirmation d'un syndrome des apnées du sommeil, qui ne pouvait pas être exclu et qui, s'il existait, jouerait un rôle par rapport à l'aptitude à conduire un véhicule. D'autre part, concernant le trouble psychique, les expert ont relevé que certains éléments du discours du recourant sont un peu inhabituels et que ceci résultait peut-être essentiellement du trouble affectif, mais que cela pourrait tout aussi bien être les signes d'une autre affection psychiatrique, telle un trouble de la personnalité. Les experts conseillaient ainsi une enquête sociale si l'évolution était défavorable, en particulier dans le sens d'une impossibilité pour l'assuré à reprendre toute forme d'activité professionnelle, même adaptée. Le pronostic quant à la capacité de travail était d'ailleurs réservé.

Or, moins de deux mois après avoir été examiné par le COMAI, le recourant a été hospitalisé en urgence à la Clinique de Belle-Idée, en entrée non volontaire, en raison d'une décompensation de l'épisode maniaque, ce que le COMAI ne semble pas avoir su lors de la rédaction de son rapport d'expertise du 14 avril 2003.

D'autre part, selon les Drs B_____ et D_____, de la Consultation de psychiatrie des "établissement hospitalier", le recourant souffre de longue date d'un trouble affectif de type bipolaire, qui est une maladie caractérisée par des phases de décompensation maniaque ou dépressive. Ils relatent à cet égard un premier épisode dépressif en 1985, puis une phase hypomane sévère en automne 1999 qui a entraîné des problèmes financiers, suivie d'un épisode dépressif sévère. En septembre 2002, le patient a fait une rechute qui va aboutir à une hospitalisation forcée en décembre 2002. Par la suite, le recourant a présenté plusieurs rechutes, avec une nouvelle hospitalisation non volontaire en juillet 2005, lors de laquelle il a dû être menotté.

Au vu des rapports des médecins psychiatres précités, l'on ne peut savoir si l'état de santé du recourant s'est réellement amélioré en juillet 2001, en ce sens qu'il aurait recouvré une capacité de travail, avant l'aggravation signalée en septembre 2002. Il s'agit-là d'éléments qui ont été portés à la connaissance de l'OCAI, qui n'a toutefois pas jugé utile de les investiguer.

La cause sera en conséquence renvoyée à l'OCAI, afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, aux fins d'établir depuis quand le trouble de la personnalité du recourant est présent, quelle est sa nature, sa gravité et quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis partiellement.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Juliana BALDE

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