

GE_GERICHTE ATAS/904/2008 vom 19. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_904_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/904/2008 du 19 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/904/2008 del 19 agosto 2008

Erwägungen

E. 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).

A/501/2008 - 9/19 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs 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). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicable au droit à la rente dès le 1er janvier 2004. 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 17 janvier 2008 a été reçue par le recourant le 18 janvier 2008 et le délai a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 14 février 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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. 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,

A/501/2008 - 10/19 - 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). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 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). 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). 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

A/501/2008 - 11/19 - 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).

E. 7

Le recourant allègue que depuis les décisions des 8 octobre 2001 et 1er février 2002, son état de santé s'est aggravé tant sur le plan physique que psychique en s'appuyant sur le rapport d'expertise du COMAI du 28 mars 2007 et sur les rapports du Dr I _____ et du Dr C _____. Pour sa part, en se basant sur le rapport du SMR, l'intimé considère qu'il n'existe aucune modification du degré d'invalidité au motif que le trouble dépressif est principalement dû à des facteurs psychosociaux ou socioculturels ne relevant pas de l'assurance-invalidité. En l'espèce, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 8 octobre 2001, date de la fixation d'un taux d'invalidité de 45% avec celle existant au moment de la décision sur opposition du 18 octobre 2007. Selon le rapport d'expertise du 28 mars 2007, le patient se plaint de lombo- sciatgies bilatérales avec irradiation tant à la cuisse, au mollet qu'aux pieds et paresthésie aux cuisses ainsi que, depuis 2003, de cervicalgies irradiant dans la région occipitale se manifestant quatre à cinq fois par semaine, de douleurs aux épaules, aux coudes, aux genoux et au thorax. Les experts du COMAI de Lausanne constatent une symptomatologie dépressive avec un ralentissement psychomoteur extrêmement important ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Ils diagnostiquent un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, une personnalité dépendante et un retard mental. Ils considèrent que le syndrome douloureux somatoforme persistant a un retentissement fonctionnel sévère avec des limitations dans toutes les activités de la vie quotidienne et une incapacité à gérer complètement les tâches ménagères. A ce sujet, le recourant a indiqué que le déjeuner est préparé par lui-même ou son

A/501/2008 - 12/19 - frère et que le plus souvent le repas du soir est apprêté par un de ses frères ou alors par lui-même. Ses frères passent l'aspirateur, font les commissions lourdes, la vaisselle, changent les draps et parfois suspendent la lessive. Les experts relèvent que la

problématique psychiatrique complexe s'est aggravée, malgré l'introduction d'un traitement de soutien psychologique et antidépresseur, suite au retour en Italie de sa femme ainsi que de sa fille en 2000, tout en précisant que la situation extrêmement chronifiée existait déjà avant cet événement. Ils estiment que le recourant n'a aucune ressource, ni capacité adaptative. Ils concluent à une incapacité de travail de l'ordre de 70% dans une activité adaptée. Les experts du COMAI de Lausanne se sont basés sur le dossier médical et radiologique du recourant ainsi que sur les consiliums de rhumatologie et de psychiatrie, ont enregistré les plaintes de l'assuré, puis ont procédé à une anamnèse et à un examen clinique. Ils se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail dans l'activité exercée et dans une activité adaptée, enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue en indiquant, notamment, qu'en raison d'un ralentissement extrêmement important et de la présence d'altérations cognitives se manifestant par des troubles de la mémoire et de la concentration, il y avait lieu de poser un diagnostic séparé d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, présent depuis 1996. De plus, ils se sont basés sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation puisqu'ils ont procédé à divers tests lors de l'examen psychologique du 8 décembre 2006. Bien que certaines de leurs conclusions manquent de précision, notamment sur le plan chronologique, ces défauts ne sont pas à ce point déterminants pour enlever toute valeur probante à leur rapport. En effet, la jurisprudence n'interdit pas de reconnaître une valeur probante à un document médical et d'en écarter une conclusion sur un point précis (ATFA non publié du 27 novembre 2007, I 1091/06, consid. 4). Par conséquent, le Tribunal se basera sur leurs constatations. En octobre 2001, selon le rapport d'expertise du 7 novembre 2000 réalisé par le COMAI de Bellinzona, le recourant se plaignait surtout de troubles et douleurs dans la région lombaire pouvant irradier dans les articulations inférieures surtout à droite, dans le fessier, la cuisse, la jambe et les pieds ainsi que douleurs occipito-cervicales présentes depuis 1986 se manifestant trois à quatre fois par semaine. Il souffrait d'un syndrome lombovertébral sur composante radiculaire S1 à droite et hernie discale L5-S1 à droite ainsi que de troubles dysthymiques. Sa capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée et cette diminution était justifiée par un ralentissement idéo-verbal, des troubles de la socialisation et de l'inhibition ainsi qu'un adynamisme. D'après les experts, on ne pouvait pas retenir un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux au regard de l'absence de conflits émotionnels. Ils ont relevé que le recourant était un peu renfermé sur soi, avait très peu d'amis et n'avait aucun hobby particulier. Toutefois, il ne présentait pas une psychopathologie majeure, sa concentration ainsi que sa mémoire étaient bonnes alors que le cours de sa pensée bien que légèrement inhibé et ralenti ne présentait

A/501/2008 - 13/19 - pas une pathologie particulière. Le ralentissement dans les mouvements et l'agitation intérieure étaient déterminés par les troubles subjectifs algiques. Ils ont estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée pourrait atteindre 100% à la condition que le patient suive un traitement prodigué par un psychiatre. L'évolution chronologique des troubles psychiques montre que les médecins n'avaient mis en évidence que des troubles dysthymiques en 2001, puis qu'à la suite d'une aggravation de son état de santé, le recourant a bénéficié d'un traitement de soutien psychologique et antidépresseur depuis début février 2003. Selon le rapport du Dr I _____ du 4 août 2003, à cette époque l'assuré souffrait d'un trouble dépressif avec somatisation et d'une probable modification durable de la personnalité. Il présentait un net ralentissement psychomoteur, vivait retiré et ne voyait ses frères qu'occasionnellement. Puis, dans un rapport du 13 septembre 2004, le Dr I _____ constate une aggravation de la fatigue ainsi que du ralentissement

psychomoteur et, dans son rapport du 21 février 2005, l'apparition de troubles mnésiques. Enfin, dans son rapport du 10 mai 2005, il diagnostique un état dépressif moyen et fait état de troubles de la concentration. Enfin, dans leur rapport du 28 mars 2007, les experts du COMAI diagnostiquent un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique caractérisé par un ralentissement psychomoteur extrêmement important ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Par conséquent, l'épisode dépressif sévère ne date pas de 1996 comme pourrait le donner à penser les explications des experts du COMAI, mais au plus tôt de 2006. En effet, il ressort de ces divers rapports médicaux que l'état psychique du recourant s'est progressivement péjoré depuis 2003, date à laquelle, pour la première fois, un trouble dépressif a été diagnostiqué et traité, qui est devenu moyen en 2005, puis sévère en novembre 2006, justifiant une incapacité de travail de l'ordre de 70% dans une activité adaptée et sans espoir d'amélioration en raison de l'absence tant de ressource que de capacité adaptative du recourant. En revanche, les troubles objectivables sur le plan lombaire ne se sont nullement aggravés. En effet, contrairement à ce qu'allègue le recourant, la progression des troubles douloureux aux épaules, aux coudes et au thorax depuis 2003 est la manifestation du trouble somatoforme douloureux, soit d'un trouble de la santé psychique et non pas physique. Il y a lieu de relever que l'apparition de cervicalgies irradiant dans la région occipitale ne date pas de 2003 comme le mentionnent les experts lausannois, mais bien de 1986 ainsi que cela ressort du rapport d'expertise du COMAI de Bellinzone. En définitive, les troubles psychiques du recourant se sont aggravés depuis 2001 de sorte qu'il y a lieu d'examiner s'ils justifient une révision de la rente d'invalidité.

E. 8

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme

A/501/2008 - 14/19 - 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. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). 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 (ATFA non publié du 3 décembre 2007, I 1093/06, consid. 3.2). 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 (ATF 131 V 49).

E. 9

Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée

A/501/2008 - 15/19 - uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). Tout d'abord, il convient d'examiner s'il existe une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence. Les experts précisent très clairement que l'état dépressif dont souffre le recourant n'est pas une manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes mais présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste du trouble douloureux de sorte qu'il doit faire l'objet d'un diagnostic séparé et constitue ici une comorbidité psychiatrique. Selon les experts, l'incapacité de travail de l'ordre de 70 % est due aussi bien au trouble dépressif qu'au syndrome douloureux psychogène, le premier constituant à l'égard du second une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes. Par ailleurs, plusieurs critères retenus par la jurisprudence paraissent clairement réalisés. En effet, le recourant souffre depuis plus de 10 ans d'une hernie discale L5-S1 et de douleurs dans les membres inférieurs ainsi que dans la région occipito-cervicales. De plus, les experts font état d'une perte d'intégration sociale manifeste avec développement d'un isolement progressif. A ce sujet, la psychiatre consultante du COMAI précise que le recourant vit seul et enfermé dans un monde quasi autistique en donnant un sentiment de vide intérieur majeur. Quant à la sévérité de l'état psychique, les experts considèrent que malgré la mise en œuvre d'un soutien psychologique et d'un traitement antidépresseur depuis le début de l'année 2003, les troubles psychiques sont non seulement sans rémission mais s'aggravent. Ils relèvent une mauvaise compliance au traitement antidépresseur tout en précisant que le recourant ne voit pas d'amélioration

dans la prise de ses antidépresseurs et qu'il est peu vraisemblable que ce traitement permette une augmentation majeure de sa capacité de travail. Autrement dit, ils estiment que ce manque de compliance, compréhensible en raison du peu d'effet du traitement médicamenteux, n'a pas d'incidence sur la persistance de l'incapacité de travail. Par conséquent, il est indéniable que l'état psychique est cristallisé. Enfin, ils concluent que le recourant a épuisé ses ressources adaptatives. Etant donné qu'en présence d'une comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de troubles somatoformes douloureux s'évalue à la lumière des seules conclusions médicales dont il n'est pas possible de s'écarter (a contrario ATFA non publié du 29 juin 2007, I 527/06, consid. 7), il y a lieu d'admettre que chez le recourant, le trouble somatoforme se manifeste avec

A/501/2008 - 16/19 - une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus être exigée de sa part.

E. 10

L'intimé ne conteste pas les diagnostics posés dans le rapport d'expertise du 28 mars 2007, mais considère que le trouble dépressif de l'assuré provient essentiellement de facteurs psychosociaux ne relevant pas de l'assurance-invalidité, à savoir l'émigration de la famille du recourant en Italie ayant provoqué un déracinement, son isolement social dû à son inactivité professionnelle durable et les conditions économiques précaires. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294). Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine, VSI 2000 p. 155 consid. 3). Les arguments de l'intimé reposent sur l'avis du Dr J _____ du 1er octobre 2007. Or, on ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

A/501/2008 - 17/19 - En l'espèce, le Dr J _____ n'explique pas en quoi le trouble dépressif serait dû à des facteurs psychosociaux de sorte que son rapport n'est pas suffisamment motivé pour avoir une valeur probante. De plus, même si les experts relèvent la coïncidence entre l'aggravation de l'état de santé du recourant et le départ en Italie de sa femme ainsi que de sa fille, en 2000, pour soigner sa belle-mère malade, cela ne permet pas encore d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que ce seul départ a provoqué le trouble dépressif sévère diagnostiqué en 2006. Au contraire, selon les experts du COMAI, la situation extrêmement chronifiée existait déjà avant ce retour en Italie. Par ailleurs, les experts notent des performances intellectuelles paraissant très limitées avec des valeurs suggérant un retard mental moyen de même qu'une évolution potentiellement perturbée par un biais socio-éducatif. Au regard de ces divers éléments, ils posent le diagnostic de retard mental et relèvent que cette problématique ne fait que confirmer la faiblesse des ressources. Par conséquent, il faut admettre que le trouble dépressif, qui est durable aux dires des experts, n'est pas dû à des facteurs psychosociaux mais bien à des troubles psychiques et du développement mental. Cette constatation est confirmée tant par les experts du COMAI de Bellinzona que par le Dr I _____ dans son rapport du 21 février 2005 qui nient l'existence de façon prédominante de particularités comportementales de nature socioculturelle. On ajoutera que même si ces facteurs avaient une certaine influence sur l'origine des troubles du recourant, cela n'empêche toutefois pas ce dernier de souffrir d'un trouble dépressif qui, en soi, est invalidant (ATFA non publié du 11 décembre 2007, I 96/07, consid. 4). Enfin, on ne peut pas suivre l'intimé lorsqu'il prétend que l'isolement social du recourant est dû à son inactivité professionnelle, car il ne s'agit également que d'une simple hypothèse qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus cette thèse impliquerait que toute personne souffrant d'un trouble somatoforme douloureux qui ne travaille pas et présente un isolement social important dans le cadre d'une comorbidité psychiatrique importante ne remplirait jamais les critères permettant de reconnaître le caractère invalidant du trouble somatoforme. Or, cette conséquence ne correspond pas à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances qui admet à titre exceptionnel la reconnaissance du caractère invalidant dudit trouble. En définitive, il existe chez le recourant une aggravation de son état de santé ayant une incidence notable sur le taux d'invalidité de sorte que sa rente d'invalidité doit être révisée. Il reste à déterminer depuis quand.

E. 11

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié du 15 mars 2005, I 806/04, consid. 2.2).

A/501/2008 - 18/19 - Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En l'espèce, étant donné que le recourant a déposé une demande de révision le

E. 14

décembre 2004, la révision ne peut pas débiter avant le mois de décembre 2004 contrairement à ce que réclame le recourant. De plus, même si le syndrome somatoforme douloureux a été diagnostiqué par le Dr E_____ en avril 2000, il ne peut être considéré comme invalidant qu'à partir du moment où est apparue une co-morbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. En tant que les troubles psychiques se sont aggravés progressivement pour passer d'un trouble dysthymique en 2000, à un trouble dépressif avec somatisation en 2003, puis à un trouble dépressif moyen en mai 2005, enfin à un trouble dépressif majeur en novembre 2006 lors de la consultation psychiatrique réalisée dans le cadre de l'expertise du COMAI, la modification notable du taux d'invalidité est remplie au plus tôt depuis juin 2005 et au plus tard depuis novembre 2006. Comme la révision de la rente est justifiée par une aggravation progressive de l'état de santé du recourant qui n'est pas fluctuant, il faut admettre que, lors de la constatation du trouble dépressif majeur en novembre 2006, le phénomène pathologique apparaissait comme stabilisé dans la mesure où il ne pouvait en tout cas pas s'améliorer. En effet, les experts concluent à un très mauvais pronostic en raison de la chronicisation du trouble somatoforme douloureux et de l'épisode dépressif sévère. Par conséquent, on peut faire abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI pour fixer la naissance du droit à une rente plus élevée (ATFA non publiés du 15 décembre 2006, I 930/05, consid. 5 et du 6 février 2006, I 599/05, consid. 5.2.3 ainsi que les références). Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente plus élevée dès le 1er novembre 2006 eu égard à sa capacité résiduelle de gain de 30 % dans une activité adaptée. Etant donné que le Tribunal de céans ne dispose pas des données nécessaires pour procéder à la comparaison des revenus en 2006 permettant de calculer le taux d'invalidité chez des assurés exerçant une activité lucrative, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède audit calcul et rende une nouvelle décision. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le

A/501/2008 - 19/19 - 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.