RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1633/2006 **ATAS/871/2006-**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 3 octobre 2006

En la cause

Monsieur José DA CRUZ, domicilié rue Caroline 36, 1227 LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur José DA CRUZ, d'origine portugaise, né le 26 août 1952, a déposé le 12 mai 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait de douleurs lombaires récidivantes avec blocage, fourmillement augmentant avec l'activité, de douleurs articulaires et musculaires et d'une hernie discale.

2. Il travaillait à la Clinique La Lignière depuis le 15 février 1980 en qualité de menuisier / intendant. Son employeur a résilié son contrat pour le 30 novembre 1999 en raison de son état de santé. Son dernier jour de travail effectif a été le 24 août 1997.

3. Dans un rapport du 1er juillet 2003, le Dr Ahmed RAVASH, médecin traitant depuis le 31 mars 2003, date à laquelle l'assuré a quitté le canton de Vaud pour Genève, a indiqué que son patient souffrait de troubles anxieux et dépressif mixtes, ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis environ cinq ans. Il a fixé l'incapacité de travail à 100% dès le 31 mars 2003, étant précisé que le précédent médecin traitant, la Dresse Christine PIDOUX-BELLAS, médecin psychiatre vaudois avait déjà retenu ce taux depuis août 1997.

4. Le Dr Sylvain GARAZI, spécialiste FMH en rhumatologie, a dans un rapport du 8 septembre 2003, posé les diagnostics suivants :

   - fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome somatoforme

   - cervicalgie dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec petite hernie discale C6-C7

   - lombalgie chronique dans le cadre d'une discopathie L4-L5

   - état dépressif ainsi qu'une gastrite chronique avec antécédents d'un ulcère duodénal, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail.

   Il a précisé que l'assuré avait subi deux accidents en mai 1994 avec fracture de la base du pouce gauche et du poignet droit, apparition de lombalgies chroniques avec blocage et sciatalgie gauche et en 1998 avec exacerbation de la symptomatologie. Il a indiqué que

   "du point de vue rhumatologique le patient ne peut plus travailler dans son métier d'intendant. Dans un travail léger ne nécessitant pas le port de charges et les positions statiques prolongées, on pourrait exiger une activité à 50%. Pourtant, en raison des problèmes psychiatriques du patient qui sont actuellement au premier plan, un reconversion n'est pas envisageable, le patient se vivant comme invalide

(se référer aussi au rapport AI du Dr RAVASH). Dans cette situation et au vu de l'importance de la pathologie psychiatrique, une rente de 100% semble adéquate".

5. Une seconde demande a été déposée le 23 octobre 2003 auprès de l'OCAI visant à la prise en charge d'un appareil auditif.

   Par décision du 17 juin 2004, l'OCAI a admis sa demande pour deux appareils Starkey Endeavour.

6. L'OCAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pour expertise interdisciplinaire. Le rapport a été établi le 26 janvier 2005. Selon le Dr Antonello D'ORO, rhumatologue, l'assuré présente un tableau clinique compatible avec un syndrome somatoforme douloureux persistant avec un seuil de douleur globalement diminué et des points d'insertionite pratiquement tous positifs. Ce tableau peut également évoquer une fibromyalgie d'autant plus que l'on retrouve un état de fatigue, des troubles du sommeil et de nombreux symptômes fonctionnels associés (état anxieux, palpitations, troubles digestifs, paresthésie de mains, impression de tuméfaction, troubles de la mémoire et de la concentration, etc). Une grande discordance entre les plaintes subjectives et l'examen clinique et paraclinique de l'assuré est relevée et l'expert dit n'avoir pas d'argument rhumatologique objectif pour retenir une diminution de la capacité de travail, si ce n'est un syndrome douloureux, toutefois caricatural.

   La Dresse Gorica VELICKOVIC, psychiatre, a confirmé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un autre trouble anxieux mixte et de traits de personnalité histrionique. Elle précise que l'assuré souffre d'une anxiété importante et de douleurs chroniques depuis environ 15 ans, que l'apparition de ces difficultés et leur évolution par la suite sont concomitants avec le conflit du couple qui a culminé par un divorce et des conflits qui continuent encore actuellement. L'évolution du trouble psychique de l'assuré est plutôt défavorable. Son organisation psychique s'est déroulée dans un manque de repères affectifs et de sentiments de sécurité et de stabilité habituellement assurés par les parents (suite au décès du père, lui, ses frères et ses sœurs ont été placés dans différents orphelinats). Toutefois, le fait que l'assuré ait commencé à investir une nouvelle relation affective laisse un espoir que malgré tout l'évolution peut avoir une issue favorable. Dans un contexte de travail psychothérapeutique, on peut raisonnablement penser que l'expertisé parviendra à construire des conditions sécurisantes lui permettant de sortir de son fonctionnement régressif qui se manifeste par la symptomatologie douloureuse et anxieuse. Il est ainsi relevé que malgré les nombreuses plaintes et les manifestations douloureuses démonstratives, l'assuré se considère lui-même capable d'assumer une charge de travail d'environ 50%, pour autant que l'activité corresponde à ses intérêts, par exemple aider les gens. Selon le médecin, il n'y a pas de raisons médicales majeures, si ce n'est la durée de son incapacité de travail, de considérer que l'expertisé ne pourrait pas récupérer dans le temps une capacité de

travail proche de 100%. Le résultat d'un travail psychothérapeutique peut faire atteindre de tels objectifs.

En conclusion, les experts ont estimé que l'assuré pouvait exercer l'activité d'intendant environ six heures par jour, de préférence deux fois trois heures, étant précisé que le rendement serait diminué à environ 70%.

A la question de savoir si d'autres activités sont exigibles de la part de l'assuré, ils précisent qu' "A l'heure actuelle, l'assuré affirme ne pas pouvoir rester assis plus de 20 minutes dans la même position. En l'absence de lésion du système locomoteur et neurologique, nous ne pouvons pas formuler de restriction somatique à la place de travail. Sur le plan psychique, l'assuré devra pouvoir profiter d'une place de travail peu stressante et avec des supérieurs hiérarchiques informés de ses difficultés". L'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée "six heures actuellement, à plein temps après traitement psychiatrique. La diminution de rendement est de 30% actuellement, et elle sera nulle après le traitement de l'état dépressif".

7. Par courrier du 13 octobre 2004, la Dresse PIDOUX BELLAS a confirmé qu'elle avait suivi l'assuré du 10 novembre 1999 au 5 mars 2003, pour des troubles de la personnalité de type psychotique parlant pour des séquelles d'une probable psychose infantile avec un syndrome douloureux ostéo-articulaire et musculaire, ainsi qu'un état anxio-dépressif en relation avec sa situation conjugale et financière.

   Elle a précisé que l'assuré avait pu mener sa vie tant que ses mécanismes de défense psychiques s'étaient avérés suffisants et que son environnement tant affectif que professionnel a été stable et satisfaisant. Ses défenses sont "rigides" et lui ont permis de rester structuré. Son syndrome douloureux est un essai de se restructurer et de gérer des angoisses qui sont devenues probablement trop présentes en relation avec ses difficultés conjugales et le premier accident (1994). Ceci s'est aggravé avec le deuxième accident (1999). Ces deux accidents ont été vécus chaque fois comme une atteinte corporelle et psychique grave. Dans un contexte d'instabilité, ses défenses se sont alors avérées insuffisantes et l'assuré n'a pas pu faire face à une telle surcharge psychogène. Dans ce même contexte d'instabilité ajouté à des troubles psychotiques, son syndrome douloureux (contracture musculaire douloureuse) est une sorte de "carcan physique", un "contenant" agissant comme une anxiolyse qui lui permet de canaliser ses angoisses psychotiques, de sentir et ressentir son corps et d'éviter une décompensation. Selon elle, l'assuré présente une incapacité de travail de 100% et ceci probablement pour une longue durée.

8. Invité à se déterminer, le Service médical de l'assurance-invalidité (SMR Léman) a retenu une capacité de travail de 70%, tout en précisant qu'avec un meilleur traitement médicamenteux et psychothérapeutique du trouble anxio et dépressif mixte, on pourrait s'attendre à une récupération complète de la capacité de travail (note du 21 février 2005).

9. Par décision du 12 avril 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande de rente était rejetée.

10. Celui-ci a formé opposition le 12 mai, contestant les conclusions du rapport d'expertise. Représenté par Maître Henri NANCHEN, il a complété ses écritures le 7 juillet 2005. Il reproche à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de l'avis de ses médecins traitants. Il considère que l'OCAI a mal apprécié l'importance des limitations fonctionnelles dont il souffre et n'a pas su évaluer l'impact que son état de santé provoquait réellement sur son aptitude à travailler. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière.

    L'assuré a informé l'OCAI qu'il avait été hospitalisé du 27 mai au 3 juin 2005 en raison de ses lombalgies chroniques associées à une fibromyalgie depuis 1994.

11. Dans une note du 21 juillet 2005, la Dresse Sylvie MUNSCH du SMR a relevé que de la lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève, il ressortait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé, le diagnostic de lombosciatalgie aiguë entrant déjà dans la définition du syndrome douloureux chronique. Aucun signe déficitaire n'avait au surplus été mis en évidence.

12. L'assuré a produit un rapport établi par le Dr Philippe ROSSIER, spécialiste en radiologie, le 12 décembre 2005, selon lequel il présente une discopathie C5-C6 avec une uncarthrose C7 réalisant un discret rétrécissement des trous de conjugaison C6-C7. Ces éléments supplémentaires expliquent selon l'assuré les cervicalgies importantes dont il souffre.

13. Invité à se déterminer, le Dr Jean-François CLAIVAZ du SRM a relevé qu'il n'y avait en réalité pas "d'élément supplémentaire". Ainsi à fin 2005 on ne retrouve pas sur l'examen radiologique du Dr ROSSIER la hernie discale signalée précédemment; en fait la description des anomalies est habituelle pour l'âge. Donc il n'y a pas d'aggravation sur la base de ce document, bien au contraire. Le problème cervical est connu et a déjà été évalué.

14. Par décision du 21 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition, se fondant sur le rapport d'expertise du 26 janvier 2005, ainsi que sur les notes des médecins du SMR.

15. L'assuré a interjeté recours le 8 mai 2006 contre ladite décision sur opposition.

16. Dans sa réponse du 30 mai 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

17. Le 8 septembre 2006, l'assuré a produit cinq rapports médicaux supplémentaires, soit un rapport du Service de médecine interne de réhabilitation des HUG du 10 juin 2005, un rapport du Dr Nicolas BUCHS, rhumatologue, du 30 mai 2006, deux rapports de l'Institut d'imagerie médicale des 12 décembre 2005 et 26 juillet 2006, ainsi qu'un rapport de la Dresse JELINIC, psychiatre, du 6 septembre 2006.

18. Ces documents ont été transmis à l'OCAI et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition est du 21 mars 2006, que les délais sont suspendus du 9 au 23 avril 2006 (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours du 8 mai 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré présente un degré d'invalidité suffisant pour justifier l'octroi d'une rente.

6. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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.

7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

8. Tant les médecins traitants que les experts ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Selon le Dr RAVASH et la Dresse PIDOUX-BELLAS, l'assuré est incapable de travailler à 100%. Le Dr GARAZI nuance quelque peu cette appréciation en précisant que dans un travail léger, une activité à 50% serait exigible du point de vue rhumatologique, mais qu'une rente entière serait justifiée du fait des problèmes psychiatriques. L'OCAI a quant à lui refusé toute prestation AI. Il a en effet retenu une capacité de travail de 70%, se fondant sur les conclusions des experts.

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

10. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

    Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

    Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux

persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en

liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs 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 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 socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

11. Dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a posé certains principes en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie. Il a jugé que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux présentaient des points communs, en ce que les manifestations cliniques étaient pour l'essentiel similaires et qu'il n'existait pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rendait la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne pouvait pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoforme douloureux ne renseignait pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution, ou le pronostic qu'on pouvait poser dans un cas concret. Le TFA a déduit de ces caractéristiques communes qu'en l'état actuel des connaissances, il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

12. En l'espèce, les médecins du Centre d'expertise médicale ont réalisé une expertise pluridisciplinaire fondée sur un examen clinique, psychiatrique et neurologique effectués lors du séjour de l'assuré au Centre. Pour ce faire, ils ont étudié l'ensemble de son dossier comprenant notamment les rapports des autres médecins. Ils ont également été attentifs à ses plaintes et à sa situation actuelle lors des examens qu'ils ont pratiqués et ont procédé à une anamnèse détaillée. L'état de santé de l'assuré a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et les médecins ont pris soin de motiver leur appréciation, de sorte que leur diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause.

13. S'agissant de la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, force est de constater que l'état dépressif relevé plus

particulièrement par le Dr GARAZI n'est pas constitutif d'une telle comorbidité. En effet, le Tribunal fédéral des assurances estime que les états dépressifs constituent 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 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER eyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135).

14. Se pose dès lors la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assuré souffrant depuis plusieurs années de multiples douleurs, dont des cervicalgies et des lombalgies.

L'assuré ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2). Il exerce en effet une activité bénévole dans son église en aidant les nouveaux arrivants. Il ressort du rapport d'expertise que c'est une activité qui lui amène beaucoup de plaisir et qui l'aide à se ressourcer.

S'agissant du critère de l'état psychique cristallisé (3), il y a lieu de relever que l'assuré a commencé à investir une nouvelle relation affective, que malgré ses plaintes, il se considère lui-même comme capable de travailler à 50%. Selon l'expert psychiatre, un traitement psychothérapeutique serait à même de lui permettre de récupérer une capacité de travail proche de 100%. Elle indique à cet égard qu'après un traitement de l'état dépressif, la diminution de rendement sera nulle.

Aussi ne peut-on parler ni d'un état psychique cristallisé ni d'échec de traitement (4). L'assuré n'a ainsi pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.

Au vu de ce qui précède, les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de l'intimé. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Reste à ajouter que les document produits par l'assuré le 8 septembre 2006 n'apportent pas d'éléments susceptibles de modifier l'issue du recours, étant

toutefois précisé qu'il est loisible à ce dernier de déposer une nouvelle demande de prestation AI pour faire valoir le cas échéant une aggravation de son état de santé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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