RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1667/2006 **ATAS/822/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 5 septembre 2006

En la cause

Monsieur K_____, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	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 K_____, né le 3 avril 1945, serbo-croate, est venu s'installer en Suisse en août 1993. D'abord requérant d'asile, il a obtenu en 2001 un permis humanitaire dans le sens d'un regroupement familial. Ingénieur en électronique diplômé de l'université de Zagreb, il a travaillé en dernier lieu du 21 janvier 2002 au 20 janvier 2003, en qualité de technicien-électricien, à l'Ecole d'ingénieurs de Genève, dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal de l'assurance-chômage (ETC). Souffrant de douleurs aux muscles et aux ligaments du dos, de fatigue et d'un état anxieux permanent, il a déposé le 27 janvier 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. Dans un rapport du 27 février 2004 adressé à l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que sans être le médecin traitant de l'assuré, il l'avait examiné depuis octobre 2001 plusieurs fois afin de faire le point de la situation sur le plan rhumatologique.

   Il pose les diagnostics suivants: état dépressivo-anxieux chronique d'intensité moyenne, traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, douleurs rachidiennes, polyarticulaires et musculaires diffuses dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux chronique, lombosciatalgies bilatérales de pseudo-radiculaire consécutives à des troubles dégénératifs importants (arthrose facettaire des trois derniers espaces, discopathie L4-L5 avec protrusion discale et petite hernie discale médio-latérale à gauche), ainsi que sinusite chronique, allergies à de nombreux médicaments et status après cure de hernie inguinale droite en 1994 et gauche en 1999.

   Il estime l'incapacité de travail de l'assuré à 100% à compter du 20 janvier 2003.

   Le Dr A_____ explique en substance que dès son arrivée en Suisse, l'assuré a commencé à avoir des problèmes dans le domaine ORL. En 1996 les médecins ont conclu que la symptomatologie persistante était d'origine fonctionnelle dans le cadre d'un état dépressif. Les signes d'un état dépressif devenant de plus en plus manifestes, l'assuré a été hospitalisé cette année-là à la Clinique de psychiatrie du 9 au 22 février 1996, puis pris en charge par le CTB Eaux-Vives. Malgré la poursuite du traitement avec des médicaments antidépresseurs et anxiolytiques associés à une psychothérapie, son état psychique ne s'est pas amélioré. Les douleurs lombaires sont apparues en 1995-1996 et ont disparu lorsqu'il a arrêté un travail d'électromonteur physiquement très lourd à ses dires. Elles ont réapparu à la suite d'un accident survenu en décembre 1999 parce qu'il essayait de retenir une armoire très lourde. C'est ainsi qu'il a développé une hernie inguinale gauche, qui a été opérée. Depuis lors les douleurs lombaires n'ont jamais disparu et des sciatalgies

bilatérales nettement plus accentuées à gauche se sont surajoutées progressivement, ainsi que des douleurs cervico-dorsales, et des douleurs aux épaules et aux hanches.

Le Dr A_____ a joint à son rapport les documents suivants :

- un courrier du Dr B_____ daté du 17 octobre 2001, selon lequel l'examen neurologique est sans déficit notable;

- un rapport du Dr C_____, chef de clinique adjoint de la consultation ambulatoire de Rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Genève du 4 mars 2003, qui a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus prédominant au niveau des membres inférieurs;

- un rapport des Drs D_____ et E_____du même service, du 14 mai 2002, selon lequel l'assuré présente des lombo-sciatalgies bilatérales dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique;

- un rapport du même service du Prof. F_____ et du Dr G_____, du 21 décembre 2001, selon lequel "nous n'avons pas d'argument tant clinique que radiologique ou encore biologique en faveur d'une pathologie rhumatismale inflammatoire et nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux chronique prédominant aux membres inférieurs. Il faut noter que cette symptomatologie douloureuse survient dans le contexte d'un seuil de la douleur abaissé, comme en témoigne la présence de nombreux points de fibromyalgie positifs";

- un rapport du scanner de la colonne lombaire effectué le 25 février 2002 par l'Institut de radiologie Florissant, mettant en évidence des troubles dégénératifs nets de la colonne lombaire avec également arthrose facettaire des trois derniers espaces toutefois sans rétrécissement significatif du canal spinal, une discopathie de l'espace L4-L5 avec protrusion discale et éventuellement petite hernie discale, toutefois sans rétrécissement net du canal spinal ou des foramens intervertébraux, pas de canal spinal étroit en revanche;

- un rapport du Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie du 13 février 2002;

- un rapport des Drs I_____ et J_____, du Département de psychiatrie de Belle-Idée, CTB Eaux-Vives du 3 avril 1996, selon lequel l'assuré souffre d'un épisode dépressif majeur moyen isolé, de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et d'une sinusite chronique;

- le résumé de séjour de l'hospitalisation en Clinique de psychiatrie du 9 au 22 février 1996 en raison d'un état dépressif majeur avec caractéristiques

psychotiques probables, sans risque immédiat de suicide, dans un contexte de divorce et de fuite de Bosnie pendant la guerre.

Le Dr K_____, médecin traitant, généraliste de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a informé l'OCAI le 4 mars 2004 qu'il faisait siennes toutes les constatations faites par le Dr A_____.

Le Dr L_____, médecin traitant, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué, dans un rapport du 4 juin 2004, que son patient souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 1996, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de problèmes somatiques (rhumatologie, fibromyalgique) et de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive. Il estime l'incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis le 28 avril 2003 dans son activité d'ingénieur diplômé en électricité. Il rapporte que l'assuré se plaint de troubles cognitifs (perte de concentration après environ 10 minutes de lecture, perd le fil de pensée, cherche les mots, aussi bien en français qu'en serbo-croate), souffre d'un trouble de la coordination fine des mouvements (maladroit : se cogne, laisse tomber des objets des mains), d'hypersensibilité générale surtout aux bruits, d'hyperémotivité, d'insomnie et de nervosité. Il précise qu'il est collaborant mais présente un ralentissement psychomoteur marqué, qu'il n'y a pas de trouble du contenu de la pensée, mais des ruminations anxieuses, obsessionnelles, orientées vers sa santé défaillante, et les échecs thérapeutiques, une humeur dépressive (aboulie, anhédonie, pessimisme, idées noires, sans idéation suicidaires). Pas de symptômes de la lignée psychotique et très faible capacité de mentalisation et d'introspection. Selon le médecin, le pronostic est très réservé en raison de l'extrême fragilité psychique et physique.

3. Invité à se déterminer, le Dr M_____, du Service médical régional AI (SMR Léman) a suggéré de mettre sur pied une expertise multidisciplinaire de type COMAI afin de déterminer s'il persiste ou non une exigibilité au travail.

4. Un rapport a ainsi été établi par le Centre d'expertise médicale le 22 juillet 2005.

   Le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a considéré que l'assuré, au vu de troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire avec présence d'un syndrome douloureux chronique, ne peut pas effectuer des travaux lourds comprenant des charges, ni des positions contraignantes pour le dos. Toutefois, dans une activité adaptée, principalement en position assise avec possibilité d'alterner la position assise et debout, une capacité de travail de 70 à 80% peut être exigée.

   Selon la Dresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, c'est suite à son exil en Suisse et à la perte de son identité professionnelle associée à une aggravation du conflit de son couple suivi par un divorce, que l'assuré a développé un épisode dépressif d'intensité moyenne qui a nécessité une hospitalisation et des soins dans

un centre spécialisé. Le médecin admet en raison d'un manque d'explication somatique pour la persistance de la symptomatologie douloureuse l'installation d'un syndrome douloureux somatoforme qui par ailleurs s'accompagne d'un sentiment de détresse permanent et survient dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux plutôt importants. Elle considère que la symptomatologie présente actuellement et persistant à différents degrés d'intensité depuis plusieurs années déjà, représente une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 20 à 30%.

5. Dans une note du 6 septembre 2005, le Dr M_____ constate que la capacité de travail est de 75% depuis l'arrêt de travail, soit depuis 2002.

6. Par décision du 19 octobre 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée.

7. Celui-ci, représenté par Maître Suzette CHEVALIER, a formé opposition le 28 octobre 2005.

   Par courrier du 29 novembre 2005, le Dr K_____ conteste le diagnostic et l'incapacité de travail retenus par l'OCAI. Il rappelle que son patient en raison des douleurs et raideurs musculaires et articulaires ne peut se reposer durant une nuit entière et que le lendemain au cours de la journée il est dans un état de prostration et de somnolence tel qu'elles affectent grandement son état psychique. Le médecin estime dès lors qu'il est inapte au travail à 100% et qu'une tentative de stage professionnel même à mi-temps serait d'ores et déjà vouée à un échec certain.

   Par courrier du 3 novembre 2005, le Dr A_____ déclare également ne pas partager l'avis des experts. Il constate que le psychiatre qui a examiné l'assuré dans le cadre de l'expertise évoque l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme s'accompagnant d'un sentiment de détresse permanent, que toutefois ce diagnostic n'est pas repris parmi les diagnostics des experts. Il relève la présence d'une comorbidité psychiatrique évidente, et souligne le fait que le processus maladif s'étend depuis fort longtemps sans aucune rémission durable et que les nombreux traitements ambulatoires ou stationnaires ont échoué. L'assuré ne dispose pas des ressources psychiques suffisantes lui permettant de surmonter ses douleurs. Il s'agit donc d'une association de troubles psychiatriques en présence d'une affection organique.

8. Par courrier du 24 novembre 2005, le Dr L_____ apporte à son tour quelques commentaires sur le rapport d'expertise. Il relève que "les problèmes psychiques (dépression récurrente) ont été largement influencés par les nombreuses interventions chirurgicales ORL qui ont commencé en Suisse depuis le 12 novembre 1993 avec un vécu de la mort imminente et l'inquiétude grandissante ne voyant pas sa santé s'améliorer après d'autres interventions et examens ORL dans la suite".

Il constate que les diagnostics retenus dans l'expertise ne font pas état du trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive déjà observé et rapporté dans le rapport de Belle-Idée. Il confirme qu'il a essayé de prescrire à son patient pratiquement tous les antidépresseurs disponibles dans le Compendium, y compris sous forme de gouttes, qui ont tous été mal supportés, même aux posologies les plus faibles imaginables. Il est ainsi impossible que celui-ci puisse bénéficier d'un traitement antidépresseur. Il considère que la capacité résiduelle de 75% retenue par les experts est trop optimiste.

9. L'assuré a complété son opposition le 30 novembre 2005. Il a produit notamment des certificats de travail établis par divers employeur, exprimant tous leur satisfaction à son égard, ainsi qu'un document rédigé par lui-même et intitulé "remarques sur le rapport de l'expertise". L'assuré y décrit chronologiquement tous les événements survenus avant son hospitalisation à Belle-Idée et s'attache à démontrer plus particulièrement que son divorce n'est en aucune façon responsable de ses souffrances psychiques.

   Il conclut à l'annulation de la décision du 19 octobre 2005, à la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle avec nouvelle décision à la fin du stage et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière.

10. Dans une note du 19 décembre 2005, le Dr M_____ du SMR Léman observe que si l'on prend en compte le diagnostic de trouble somatoforme, en l'absence de pathologie psychiatrique, les autres critères ne sont pas tous présents, puisque l'assuré "entretient de bons rapports avec ses enfants et n'est pas en mauvais termes avec son ex-épouse". Le Dr M_____ relève par ailleurs que proposer un stage d'observation professionnelle pour "objectiver une éventuelle capacité de travail à plein temps" tout en indiquant que l'incapacité de travail est totale et que l'assuré a droit à une rente entière est incohérent.

11. Par décision sur opposition du 16 mars 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de rente du 19 octobre 2005, constaté qu'une mesure d'observation professionnelle était superflue dans la mesure où l'assuré disposait d'une capacité de travail substantielle non seulement dans une activité légère et sédentaire, mais également dans son activité habituelle de technicien électricien et qu'il ne pouvait prétendre ni à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI pour les mêmes motifs, ni au service de placement consacré par l'art. 18 al. 1 première phrase LAI.

12. Représenté par l'ASSUAS, l'assuré a formé "opposition" auprès de l'OCAI le 27 avril 2006. Le courrier de l'ASSUAS a été transmis comme objet de sa compétence au Tribunal de céans. A ce courrier sont joints des commentaires du Dr L_____ datés du 8 avril 2006. Celui-ci rectifie quelques inexactitudes figurant dans la décision litigieuse, précisant qu'il n'a jamais parlé de "rémission"

quant à l'état dépressif actuel moyen. Il souligne que le patient remplit les quatre critères cumulatifs qui rendent un trouble somatoforme douloureux invalidant, soit les affections corporelles chroniques sans rémission durable, la perte d'intégrité sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, et l'échec de traitement ambulatoire ou stationnaire. Il ajoute qu'il y a aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du 22 juillet 2005, aggravation à laquelle il avait déjà fait allusion dans son rapport du 24 novembre 2005 en parlant de "la gravité et persistance des troubles psychiques". Il rapporte que les propos actuels du patient sont équivoques : il a des idées et élabore des projets suicidaires; il projette de s'immoler par le feu en s'aspergeant avec de l'essence. Selon le Dr L_____, ceci illustre bien la gravité actuelle de la dépression et constitue une comorbidité psychiatrique. Il rappelle pour terminer que le Dr P_____, médecin-conseil de l'assurance-chômage, a conclu après un examen effectué le 8 décembre 2003 à une incapacité totale de travail depuis le 11 novembre 2003 pour une affection chronique.

13. Un recours a ainsi été enregistré sous le n° de cause A/1667/2006.

14. Dans sa réponse du 15 mai 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

15. Un délai au 16 juin 2006 a été accordé à l'assuré pour faire parvenir au Tribunal de céans d'éventuelles observations; il n'a pas été utilisé.

16. La cause a dès lors 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 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 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (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.

3. 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 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestation de l'AI, en particulier à une rente.

6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans 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. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 LPGA.

   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).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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 d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un

diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). 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 consid. 1.2.).

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

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 général 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

   Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin,

une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

8. En l'espèce, les médecins sont unanimes pour poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les médecins traitants estiment l'incapacité de travail à 100% depuis janvier 2003 s'agissant des Drs K_____ et A_____, et dès avril 2003 s'agissant du Dr L_____. En revanche, les experts mandatés par l'OCAI, soit le Dr N_____ et la Dresse O_____, ont estimé que la capacité de travail n'était limitée qu'à raison de 20 à 30%. L'OCAI s'est fondé sur le rapport qu'ils ont établi le 22 juillet 2005 pour rejeter la demande de prestations AI.

   Il y a lieu de constater que les médecins du centre d'expertises médicales ont étudié l'ensemble du dossier comprenant notamment les rapports des autres médecins, ils ont également été attentifs aux plaintes de l'assuré, 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 soins de motiver leurs appréciations, de sorte que leur diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause. Il convient dès lors de considérer que le rapport d'expertise pluridisciplinaire ainsi réalisé satisfait à toutes les conditions jurisprudentielles et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

9. Le Tribunal retiendra que l'assuré souffre d'un syndrome douloureux somatoforme, cette affection ayant été relevée par plusieurs médecins et notamment par des spécialistes en psychiatrie. Il y a lieu de déterminer s'il présente un caractère invalidant.

   S'agissant de la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. Il sied de rappeler que 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 général qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Il est vrai à cet égard que tant les médecins traitants que la Dresse O_____ ont admis l'existence d'un sentiment de détresse survenant dans un contexte de conflits psychosociaux et d'inquiétude face à ses problèmes de santé. Toutefois, le Dr L_____ a indiqué que son patient souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 1996 déjà, et de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (cf. rapport du 4 juin 2004). Aussi le trouble dépressif pourrait-il être

assimilé à une comorbidité psychiatrique; il ne présente cependant pas l'acuité exigée par la jurisprudence, les experts estimant qu'il ne limite la capacité de travail que de 20%.

Se pose 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.

Des troubles dégénératifs importants ont été mis en évidence par le Dr A_____, confirmés par le scanner de la colonne lombaire effectué le 25 février 2002. L'expert a constaté un seuil de douleur abaissé avec tous les points d'insertionite présents (18/18) et de nombreux jump signs, une limitation douloureuse de la mobilité de la nuque prédominante à gauche avec des signes de vertiges en extension et en rotation gauche, ainsi qu'un syndrome vertébral lombaire significatif.

Concernant la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, les experts ont relevé que l'assuré n'avait plus que de rares loisirs, qu'il se bornait à passer un petit moment à la bibliothèque de son quartier une fois par semaine, n'avait pratiquement plus d'intérêts pour la vie, hormis son lien très fort avec ses deux filles. Ce critère paraît ainsi en grande partie réalisé.

Par ailleurs certes les experts ont-ils noté que la capacité de travail pouvait être améliorée en demandant à l'assuré d'adhérer à une prise en charge psychothérapeutique et psychotrope soutenue. Le Dr L_____ a cependant expliqué qu'il avait essayé de prescrire à son patient pratiquement tous les antidépresseurs disponibles mais qu'ils avaient tous été mal supportés. Il convient dès lors d'admettre que l'état psychique ne pourrait en réalité pas être amélioré, tous les traitements ayant échoué et que l'on est face à un état psychique cristallisé sans évolution possible.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que certains des critères exigés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont réalisés. Le Tribunal de céans laissera cependant la question ouverte, dans la mesure où, selon les experts, l'assuré présente une incapacité de travail d'environ 20 à 30% en raison des troubles dégénératifs de la colonne lombaire. Les experts estiment en effet qu'il peut exercer l'activité de technicien électricien en laboratoire d'aérotechnique environ six heures par jour, et ce depuis le 11 novembre 2003. Il s'agit ainsi de renvoyer la cause à l'OCAI afin que celui-ci examine quels travaux peuvent être encore exigibles de l'assuré, et procède à une comparaison des salaires afin d'établir la perte de gain.

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. Admet partiellement le recours et annule la décision du 19 octobre 2005.

3. Renvoie la cause à l'OCAI dans le sens des considérants.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens

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 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