

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2679/2007

ATAS/61/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 janvier 2008

En la cause

Monsieur K_____, à Vandoeuvres, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître LIRONI Marc

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né le 15 décembre 1945, a déposé le 1^{er} septembre 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.
2. Le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, chargé par le médecin traitant, d'établir un bilan neurologique et électroneuromyographie (ENMG) en raison d'une hypoesthésie des deux pieds prédominante à gauche apparue depuis en tout cas une année, avait mis en évidence le 5 novembre 2002 une discrète hypopallesthésie distale des membres inférieurs associée à une hypoaréflexie généralisée qui, conjointement à l'anamnèse, pouvait être le signe d'une polyneuropathie sensitive.

Un ENMG pratiqué le 2 décembre 2002 avait confirmé la suspicion clinique et montré une polyneuropathie axono-myélinique sensitive et motrice (à prédominance sensitive). L'atteinte était modérée, il n'y avait pas de signe de dénervation aiguë, ni de dénervation-réinnervation chronique ancienne.

Le 10 janvier 2003, le Dr L_____ avait constaté que, d'un point de vue neurologique, l'examen était en tous points superposable à celui effectué le 5 novembre 2002.

3. Dans un rapport du 4 mars 2003, Madame A_____, psychologue et neuropsychologue FSP, avait constaté un dysfonctionnement léger qui paraissait relever plutôt d'une angoisse pouvant s'avérer désorganisante, ce en l'absence de signes d'une atteinte d'allure organique telle qu'on en rencontre chez les patients cérébro-lésés.
4. Le Dr M_____, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie aux HUG, a, dans un rapport du 29 octobre 2003 adressé à l'OCAI, posé les diagnostics suivants : trouble somatoforme différencié, dépendance aux sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques, trouble lié aux sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques, trouble dépressif, trouble de la personnalité et polynévrite.

Le Dr M_____ a également indiqué que l'assuré souffrait de problèmes psychosociaux et environnementaux (divorce en 2000) et expliqué que:

la séparation d'avec sa deuxième épouse en juin 2000 est à l'origine d'une dégradation de son état de santé avec le début d'une consommation abusive de benzodiazépines. Des troubles du sommeil s'instaurent sous forme de difficultés importantes à l'endormissement accompagnées de sensations neurologiques diffuses, de spasmes et de douleurs. La sensibilité au stress est considérable, au point qu'elle empêche le patient d'envisager une activité professionnelle. On note également des oscillations de l'humeur avec des périodes dépressives.

41Le médecin a par ailleurs souligné que la tentative de diminuer la dose de benzodiazépines consommée chaque soir avait été faite au cours de l'année 2002 et début 2003, que malgré la bonne volonté dont avait fait preuve l'assuré, malgré ses efforts, cette tentative s'était révélée un échec à cause de l'intensité de l'anxiété et des difficultés de sommeil réapparaissant à la diminution des doses. Les doses actuellement consommées correspondent à environ quatre à six fois les doses habituelles recommandées en médecine, étant toutefois signalé que ces doses n'ont pas du tout augmenté durant ces derniers douze mois. Des tentatives de substitution de remplacement par d'autres médicaments psychotropes ont été faites durant cette période (antidépresseurs, autres sédatifs, antipsychotiques atypiques, etc ...), sans que cela permette le sevrage des benzodiazépines.

Il a estimé l'incapacité de travail de son patient à 100%.

5. Interrogé par l'OCAI, le Dr L_____ a indiqué le 27 janvier 2004 que le patient ne s'était pas présenté au rendez-vous prévu trois mois après l'examen du 10 janvier 2003, et qu'il n'avait plus eu de ses nouvelles depuis.
6. L'assuré a été soumis à un examen psychiatrique par le Dr N_____, psychiatre du SMR. Celui-ci, dans son rapport du 17 mai 2006, n'a relevé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a cependant indiqué que l'assuré souffrait de dysthymie, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques et d'un syndrome de dépendance avec utilisation continue. Il a considéré que la capacité de travail exigible était totale tant dans l'activité habituelle que dans une autre activité, pour autant que l'assuré cesse de consommer des benzodiazépines. S'agissant de la dépendance aux sédatifs et hypnotiques présente depuis 2000 environ, il déclare que selon la loi AI, elle est primaire, dans la mesure où cette consommation n'est pas la conséquence d'une maladie par elle-même invalidante, qu'elle a entraîné des troubles de la mémoire à court terme, que ce type d'atteinte mnésique est actuellement incapacitant, mais comme elle peut être imputable à la prise de benzodiazépines, il y a tout lieu de croire qu'elle s'estompera avec l'arrêt de la dépendance, avec une récupération de la capacité de travail. Le Dr N_____ n'a par ailleurs pas relevé de comorbidité psychiatrique invalidante, considérant que la dysthymie était un facteur d'accompagnement réactionnel au syndrome douloureux somatoforme persistant et qu'il n'atteignait pas une importance et une gravité suffisante pour être incapacitant, ce qui lui a fait exclure un syndrome douloureux somatoforme invalidant au sens de la loi. Il a à cet égard relevé que l'assuré continuait à avoir des contacts avec ses enfants, ses amis, son frère et les amis de celui-ci.
7. Par décision du 22 juin 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestation AI.
8. L'assuré s'y est opposé le 22 juillet 2006. Il allègue que sa dépendance aux benzodiazépines ne peut pas être considérée comme "primaire", puisque seule cette

consommation lui permet de contrôler les manifestations douloureuses et spastiques de la polyneuropathie sensitive et motrice. Il rappelle que de nombreuses tentatives de substitution des benzodiazépines par d'autres substances ont déjà été entreprises sans succès. Constatant que l'OCAI a confié son mandat d'expertise à un psychiatre, il rappelle que ce sont les symptômes neurologiques qui réduisent à néant sa capacité de gain.

9. L'OCAI a alors confié au Dr O _____, spécialiste FMH en neurologie, le mandat d'examiner l'assuré. Un rapport d'expertise a ainsi été établi le 19 février 2007, étant précisé qu'il a été complété par un examen neuropsychologique effectué par la Mme B _____ le 1^{er} février 2007.

L'expert a posé les diagnostics d'atteinte polyneuropathique sensitivo-motrice modérée des membres inférieurs depuis 2001 environ et de discrets troubles neuropsychologiques (manque du mot, ralentissement dans certains tests exécutifs ; ralentissement des temps de réaction ; ressources mnésiques limitées en mémoire de travail) depuis 2000/2001.

L'expert a relevé qu'à partir de son deuxième divorce et de son retour en Suisse essentiellement, l'assuré a développé un état de tension nerveuse avec l'apparition de douleurs rachidiennes cervico-dorso-lombaires, de troubles sensitifs distaux des deux membres inférieurs, de perte d'équilibre et de sorte de spasmes douloureux sous forme de mouvements brusques/sursaut intéressant la nuque, le tronc et les quatre extrémités. Parallèlement l'assuré s'est plaint de troubles du sommeil et a développé une dépendance essentiellement vespérale aux benzodiazépines. Plusieurs tentatives de sevrage avec remplacement par d'autres substances et introduction d'antidépresseurs et psychothérapie de soutien se sont avérées des échecs.

Selon lui, l'atteinte polyneuropathique ne représente pas une incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (sociologue et gérant de cafétéria). Les douleurs et les "spasmes" restant sans explication neurologique ne constituent pas non plus une cause d'incapacité de travail dans les activités exercées jusqu'ici. S'agissant des troubles neuropsychologiques, quelle qu'en soit l'étiologie, ils entraînent une baisse de rendement d'environ 30% dans les activités préalables. Cette baisse de rendement existe depuis 2002 et est vraisemblablement définitive. A relever qu'elle n'a pas connu d'aggravation ni d'amélioration depuis son apparition. A la question de savoir si d'autres activités seraient exigibles de la part de l'assuré, l'expert répond : théoriquement oui, il s'agirait d'une activité ne nécessitant pas des déplacements fréquents en terrain inégal et dans l'obscurité, d'une activité ne nécessitant pas la mémorisation constante de nouvelles informations verbales et se faisant sans contrainte de rendement étant donné le ralentissement, la dysfonction exécutive et l'intolérance au stress. La capacité de travail serait ainsi complète avec une baisse de rendement de 30%.

10. Par décision du 5 juin 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition.
11. L'assuré, représenté par Maître Marc LIRONI, a interjeté recours le 6 juillet 2007 contre ladite décision. Il reproche à l'OCAI de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier, dans la mesure où l'origine organique des douleurs ainsi que des spasmes n'a pas été établie, que le volet psychique de son atteinte et de son caractère invalidant n'a pas été pris en considération. Il considère que les critères permettant de considérer un trouble somatoforme douloureux comme étant invalidant au sens de la loi sont réalisés, et que sa dépendance aux benzodiazépines résulte bien d'une maladie invalidante et est à l'origine des troubles de mémoire et des troubles neuropsychologiques, eux-mêmes invalidants. Il conteste enfin les conclusions de l'expert N_____, au demeurant critiquées et contredites par celles des Drs M_____ et P_____.
12. Dans sa réponse du 4 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
13. Par courrier du 25 octobre 2007, l'assuré a produit un rapport complémentaire du Dr M_____, daté du 22 octobre 2007.
14. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition du Dr M_____ le 27 novembre 2007. Celui-ci a déclaré qu'il partageait l'avis du Dr N_____ quant aux diagnostics posés, qu'il confirmait cependant l'incapacité de travail à 100%, compte tenu des troubles du sommeil et de la mémoire en particulier. Si l'on ne fait état que du problème neuropsychologique, il dit pouvoir confirmer les conclusions du Dr O_____, selon lesquelles il y a perte de rendement de 30%. Il a précisé que le patient consommait des benzodiazépines dans le but de contrôler les spasmes et contractures et les troubles du sommeil qui surviennent le soir. Il ne s'agit pas d'un cas d'addiction au sens habituel d'appétence du produit. Du reste, il n'y a pas dans le cas présent d'alcoolisme/tabagisme qui auraient été liés à cette dépendance s'il s'agissait d'addiction. Le patient a de cette façon trouvé une solution à ces troubles. Il augmente les doses en fonction du stress qu'il subit. Ces troubles sont sans substrat organique, sont répétitifs, et ne disparaissent pas. Un sevrage a été tenté à plusieurs reprises, notamment par substitution de produits. Si le sevrage était couronné de succès, il est tout à fait possible que les troubles de la mémoire disparaîtraient. Ce ne serait pas le cas, ou du moins il y a incertitude, sur le déficit de l'organisation de nouvelles informations dont parle notamment Madame A_____. Des cas tels que celui de l'assuré ne sont pas très fréquents. On peut les comparer à celui d'une personne qui consommerait de la cocaïne dans l'unique but de travailler et non pas pour le plaisir en tant que tel. Le Dr M_____ a confirmé qu'il n'y avait pas eu d'augmentation des doses de benzodiazépines, ce qu'il considère comme étant un indicateur allant dans le sens d'une non-addiction. Selon lui, une psychothérapie ne serait pas utile sur les contractures ou les spasmes.

Entendu en comparution personnelle, l'assuré a déclaré que les douleurs dont il souffre chaque soir durent de deux à cinq heures, qu'il doit à chaque fois lutter pour limiter la quantité de benzodiazépines consommée, qu'il se réveille tard le matin à cause des produits pris la veille, qu'il est obligé d'organiser sa journée en fonction de sa maladie, qu'il aimerait enfin pouvoir s'en débarrasser et travailler.

15. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 5 juin 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000-2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. 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).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de l'assuré et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

-
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).
 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 mesure de ce qui est exigible doit toutefois être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que lui offre le marché du travail équilibré, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant ici est de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante, il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de gain ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 105 = RCC 1989 p. 284 consid. 1a et 1987 p. 469 consid. 2a avec références ; RCC 1992 p. 182).

Selon la jurisprudence, ces principes sont valables pour les psychopathies (ATFA 1963, p. 36, 1961 p. 164 ; RCC 1980, p. 555 consid. 1), les altérations du développement psychique (ATFA 1961 p.326 consid. 3), l'alcoolisme (ATFA 1968 p. 278 consid. 3a), l'abus de médicaments dû à la pharmacodépendance (RCC 1964 p. 157 consid. 3 et 4, 1962 p. 34 ; RCC 1981 p. 39 consid. 2 et p. 124 s., 1977 p. 169).

7. Le diagnostic de toxicomanie ou de dépendance à la drogue ne permet pas à lui seul de conclure que la personne assurée ne pourrait plus s'abstenir de drogue ; de même, la dépendance à la drogue est tout aussi peu liée de manière automatique à une diminution de la capacité de travail ou de gain. Dans ces conditions, selon la jurisprudence constante, la toxicomanie est constitutive d'invalidité seulement si les

facteurs mentionnés à l'art. 4 al. 1 LAI sont réalisés et représente simplement une concrétisation de la notion d'invalidité. Il s'agit donc d'une jurisprudence non pas qui restreint les conditions générales de l'invalidité mais qui les explicite (SVR 2001 n° 3 p. 7 cons. 4b ; VSI 2002 p. 33).

En conséquence, la toxico-dépendance joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

8. En l'espèce, le Dr O_____R a expliqué qu'à partir de la séparation d'avec sa deuxième épouse et de son retour en Suisse, l'assuré avait souffert d'un état de tension nerveuse avec l'apparition de douleurs rachidiennes cervico-dorsolombaires, de troubles sensitifs distaux des deux membres inférieurs, de perte d'équilibre et de sorte de spasmes douloureux sous forme de mouvements brusques/sursauts intéressant la nuque, le tronc et les quatre extrémités, de troubles du sommeil et avait parallèlement développé une dépendance essentiellement vespérale aux benzodiazépines.

Le Dr M_____ a indiqué qu'il ne s'agissait pas dans le cas de son patient d'addiction au sens habituel d'appétence du produit, puisque la consommation de benzodiazépines avait pour but de contrôler les spasmes et contractures douloureuses, manifestations de la polyneuropathie sensitive dont il est atteint et survenant le soir.

Le Dr M_____ a précisé que les troubles dont souffrait son patient étaient sans substrat organique. Le Dr O_____ a également constaté qu'ils étaient sans explication neurologique. L'assuré reproche à cet égard à l'OCAI de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier. Peu importe toutefois de savoir quelle est l'origine de ces troubles. Il suffit de déterminer s'ils ont valeur de maladie de nature à réduire la capacité de gain et s'ils ont provoqué la dépendance aux benzodiazépines. Or force est d'emblée de constater qu'ils ne réduisent pas, en tant que tels, de façon significative, la capacité de gain. Il appert en effet de l'électroneuromyographie du 2 décembre 2002 que la polyneuropathie constitue en l'espèce une atteinte modérée et que selon le Dr O_____, elle n'a aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré.

9. Reste à déterminer si la dépendance aux benzodiazépines a entraîné une atteinte à la santé physique ou mentale, provoquant une diminution de la capacité de gain. L'assuré souffre de troubles du sommeil (difficultés importantes à l'endormissement), de troubles de la mémoire, d'intolérance au stress, de déficit de l'organisation de nouvelles informations, lesquels impliquent une baisse de rendement de 30%, selon le Dr O_____.

M_____ a déclaré être d'accord avec ce taux pour autant qu'il ne concerne que le problème neuropsychologique. Il y a ainsi lieu de conclure que l'assuré présente une incapacité de travail de 30% en raison d'atteintes à la santé provoquées par la toxico-dépendance. Celle-ci devrait donc être considérée comme une affection à prendre en charge par l'AI, d'autant plus que toutes les tentatives de sevrage entreprises se sont soldées par des échecs, ce malgré la bonne volonté de l'assuré relevée par les médecins, d'une part, et qu'il ne s'agit pas véritablement d'une addiction, ainsi que l'a expliqué, de façon convaincante le Dr M_____.

Le taux de 30% ne justifie cependant pas l'octroi d'une rente, mais il ouvre le droit à des mesures de réadaptation.

10. Les médecins, dont le Dr N_____, ont posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr N_____ a considéré que cette atteinte n'était pas invalidante au sens de la LAI. Il s'agit-là cependant d'une question de droit qu'il appartient au Tribunal de céans de trancher.
11. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on

peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

12. 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. 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 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déclarations 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 également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

13. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas pour justifier l'octroi de prestations AI. La jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes.

L'assuré souffre d'épisodes dépressifs et de dysthymie.

C'est le lieu de préciser, s'agissant des troubles dépressifs, que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

14. Il convient dès lors de conclure à l'absence de comorbidité psychiatrique grave et d'examiner si les autres critères dégagés par la jurisprudence du TFA, susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle, sont ou non réalisés. Dans un tel cas en effet, l'incapacité de travail résultant de troubles psychiques s'évalue à la lumière de ces critères et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

En l'occurrence, l'assuré se plaint certes de douleurs rachidiennes cervico-dorso-lombaires notamment depuis 2000. On ne peut toutefois considérer qu'il subit une perte d'intégration sociale. Le Dr N_____ a à cet égard relevé que l'assuré avait gardé des contacts avec sa famille et des amis. De même l'état psychique ne peut-il être considéré comme cristallisé.

15. Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que les troubles psychiques de l'assuré ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail.
16. Il y a ainsi lieu de considérer, pour résumer, que l'assuré présente une incapacité de travail de 30%. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI afin que celui-ci examine quelles mesures de réadaptation peuvent être, le cas échéant, mises en place.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et renvoie à l'OCAI pour examen et mise en place d'éventuelles mesures de réadaptation.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

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