RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2726/2006 **ATAS/273/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 13 mars 2007

En la cause

Monsieur M_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI	recourant

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1963 et ressortissant de Bosnie Herzégovine, a travaillé dès le 11 novembre 1982 auprès de la brasserie X_____ SA où, en dernier lieu, il a exercé l'activité de garçon de maison pour un salaire mensuel de 4'200 fr.

2. Dans un rapport du 11 novembre 1993, le Dr A_____, rhumatologue, a indiqué que le patient se plaignait de douleurs lombaires avec sciatalgie bilatérale à bascule depuis 1991 qui, au début, survenaient par période, mais étaient continuelles depuis quelques mois. Il a signalé également une raideur rachidienne matinale ainsi que des douleurs de la région sterno-claviculaire. Il a exposé que le scanner des sacro-iliaques effectué en mai 1992 avait mis en évidence une sacro-illite droite et que, devant la suspicion d'une spondylarthrite ankylosante, un traitement avec des anti-inflammatoires avait été instauré mais avait été mal supporté. Il a expliqué qu'une oesogastroduodénoscopie effectuée en mai 1992 n'avait pas révélé d'ulcère, ni de tumeur, ni encore de déformation post-ulcéreuse de sorte qu'un diagnostic de gastrite à helicobacter pylori avait été posé. Il a ajouté qu'une scintigraphie osseuse faite en octobre 1993 avait confirmé la présence d'une sacro-illite, mais avec des images peu typiques pour une maladie de Bechterew. Il a toutefois estimé qu'il s'agissait d'une spondylarthrite ankylosante.

3. Dans un rapport du 10 décembre 1993, la Dresse B_____, médecin-assistante à la consultation de rhumatologie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, a confirmé le diagnostic de maladie de Bechterew. Elle a estimé important de maintenir une bonne mobilité et, dans ce but, d'encourager la reprise des activités tant professionnelles que sportives. Elle a précisé que l'évolution de cette maladie était habituellement bonne, sans invalidité.

4. Dans un certificat médical du 16 avril 2000, le Dr C_____, hématologue, a indiqué que le patient avait été en traitement du 28 juin 1999 au 1er mars 2000 pour une très sévère anémie ferriprive qui avait justifié un arrêt de travail du 25 octobre 1999 au 31 mars 2000.

5. Le 19 septembre 2001, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à une rééducation dans la même profession.

6. Dans un rapport du 13 octobre 2001, le Dr C_____ a posé le diagnostic, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, de maladie de Bechterew diagnostiquée en 1990, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, d'anémie ferriprive sévère de juin à décembre 1999. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 25 octobre 1999 et pour une durée indéterminée. Il a expliqué que la maladie de Bechterew n'avait pas été véritablement traitée jusqu'en

1999 et que la symptomatologie importante empêchait la reprise du travail de garçon d'office malgré le traitement actuel. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, il a précisé que le patient souffrait de fatigue chronique ainsi que de douleurs rachidiennes et que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à 25%. Il a indiqué qu'il existait une diminution de rendement selon l'intensité fluctuante de la maladie et qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité à 50%, à savoir évitant les efforts physiques (rachis) et permettant d'alterner les périodes de repos ainsi que de mobilité. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a exposé que le patient avait les capacités de rester en position assise et debout à raison de 2 heures par jour, de marcher 1 km, de lever, porter ou déplacer des charges d'un poids de 10 kilos. En revanche, il a considéré que le patient était incapable de maintenir la même position du corps pendant longtemps, de s'agenouiller, d'incliner le buste et de s'accroupir. Il a estimé que la capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes était de 25 à 50% dans la profession de garçon d'office et de 50% dans une autre profession telle que chauffeur de taxi ou de livraisons légères.

7. Dans un rapport du 26 septembre 2002, le Dr D_____, rhumatologue, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie de Bechterew existant depuis 1990 et une gastrite persistante à helicobacter pylori présente depuis 1998, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une dyssynergie vésico-sphinctérienne ainsi qu'un herpès génital existant depuis 4-5 ans, des lésions aphtoïdes de l'intestin grêle présentes depuis 1998. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 11 février 2000 et a précisé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il a indiqué que, depuis le milieu 1998, l'assuré présentait une importante baisse de l'état général avec, notamment, anorexie et perte de poids. Il a ajouté que le patient continuait à souffrir de douleurs cervicales, dorsales, sterno-costales lombaires et des talons. Il a exposé que, cliniquement et biologiquement, sa maladie était restée active et entravait certainement une activité professionnelle à 100%, voire à 50%, mais que l'activité inflammatoire pouvait diminuer vers l'âge de 50 ans.

8. Le 5 février 2003, lors d'un entretien avec un technicien de la division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'assuré a précisé qu'une reprise professionnelle n'était plus d'actualité en raison de l'importance des limitations liées à son état santé et a réclamé le versement d'une rente.

9. Du 10 au 27 février 2003, l'assuré a séjourné à la Clinique de médecine interne de réhabilitation des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans un rapport du 10 mars 2003, la Dresse E_____ a diagnostiqué une maladie de Bechterew, une probable maladie de Crohn, un état anxieux dépressif, un kyste maxillaire avec fistule muqueuse et un statut post-appendicectomie. Elle a exposé

que l'assuré avait été hospitalisé en raison d'un état dépressif avec idées suicidaires et qu'à l'admission, il présentait des douleurs lombaires basses, des épigastralgies et des douleurs abdominales diffuses. Durant le séjour, une coloscopie a été pratiquée qui a montré la présence de lésions aphtoïdes diffuses. Elle a précisé que le diagnostic histologique n'était pas encore disponible mais était compatible, selon les pathologues, soit avec une maladie de Crohn, soit avec des lésions sur prise fréquente d'anti-inflammatoires non stéroïdes. Elle a indiqué que les confrères rhumatologues avaient détecté des signes d'activité de la maladie de Bechterew sous forme de synovite au niveau du coude et du poignet gauche ainsi que des arthralgies diffuses. Elle a précisé qu'en raison d'une anamnèse d'aphtes récidivantes au niveau colique et buccal, elle avait également demandé l'avis des immunologues quant à l'éventualité d'une maladie de Behçet concomitante mais que l'association de ces deux maladies était néanmoins très peu probable de sorte que les lésions aphteuses étaient à mettre sur le compte d'une maladie de Crohn. Enfin, au sujet de l'état anxieux dépressif, elle a expliqué qu'il s'agissait d'un double contexte de maladie chronique et de conflit de couple.

10. Le 17 mars 2003, l'assuré a débuté une observation professionnelle auprès du centre d'intégration professionnelle (CIP). Le 20 mars 2000, le Dr A_____, rhumatologue, a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 18 mars 2003 en raison d'une aggravation de l'affection. Dans un rapport du 7 avril 2003, le Dr F_____, spécialiste en médecine interne et médecin du COPAI, a exposé que, lors de la visite médicale avant le stage, la situation paraissait tout juste compatible avec un stage d'évaluation, mais certainement pas avec une activité professionnelle réelle à temps complet ou partiel, de sorte que le certificat d'arrêt de travail du Dr A_____ paraissait logique. Il a estimé inutile de proposer un nouveau stage à l'assuré et a considéré qu'une expertise devait permettre de prendre une décision définitive. Dans un rapport du 15 avril 2003, le CIP a indiqué que la mesure COPAI n'avait pas pu être réalisée car l'assuré n'avait été présent que durant la matinée du 17 mars 2003.

11. Dans un rapport du 30 avril 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué, d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylarthrite ankylosante existant depuis 1991, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs abdominales diffuses d'origine mixte (hernie hiatale), une gastrite chronique, une colite chronique segmentaire (maladie de Crohn ? maladie de Behçet) existants depuis 1992, enfin, un état d'anxiété présent depuis deux-trois ans environ. Il a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité de garçon d'office était de 100% dès le 26 octobre 1999. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et a estimé qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. Dans l'annexe concernant la réinsertion professionnelle, il a indiqué que l'atteinte à la santé entraînait une incapacité totale ainsi que définitive et qu'aucune autre activité n'était envisageable. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a estimé que l'assuré pouvait rester en position assise et debout

ainsi que tenir la même position du corps pendant quatre heures par jour, qu'il avait un fonctionnement intellectuel normal, qu'il pouvait parcourir à pied 500 mètres, lever, porter et déplacer des charges de 3-4 kilos, se baisser mais pas se redresser, enfin, qu'il avait un comportement acceptable par l'entourage. Il a considéré que la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible et que l'absentéisme prévisible était important. Il a précisé qu'il avait rempli cette annexe sur la base des renseignements fournis par le patient.

12. Le 25 juin 2004, l'assuré a été examiné par les médecins du Service médical régional AI (SMR). Dans le rapport du 21 juillet 2004, la Dresse J_____, psychiatre, a constaté un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, d'intensité légère, réactionnaire à la séparation du couple et présent depuis février 2003. Elle a conclu, en l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante à la pathologie somatique, à une capacité de travail exigible de 100%. Sur le plan somatique, la Dresse G_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a fait état d'une spondylarthrite ankylosante déjà bien avancée au niveau clinique avec une rigidité importante de toute la colonne rachidienne et de dysbalances musculaires étagées typiques ayant peut-être évolué dans le cadre d'une inflammation intestinale chronique, sans toutefois que le diagnostic n'ait jamais été posé avec précision. Elle a également constaté un état douloureux de type fibromyalgie (18 points positifs sur 18), la présence de beaucoup de signes non comportementaux et une attitude démonstrative parlant en faveur d'une amplification des symptômes. Elle a considéré que, malgré les résultats des examens de laboratoire montrant une certaine activité du processus inflammatoire et en prenant en considération la rigidité matinale, le sommeil perturbé ainsi que la nécessité de changer souvent de position, on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaillât environ six heures par jour dans une activité adaptée à ces problèmes. Quant aux limitations fonctionnelles liées à la maladie de Bechterew, elle a estimé que le recourant devait éviter une activité demandant une position statique prolongée debout, en flexion rotation du tronc et en porte-à-faux ainsi qu'une grande mobilité rachidienne, enfin, un port de charges occasionnel de plus de 20 kilos. De plus, elle a exclu le travail à la chaîne et sur des machines vibrantes. Les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur l'incapacité de travail, une spondylarthrite ankylosante (M. 45), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F. 43.22), une gastrite HP positif, un status post-ulcère gastro-duodénal, un status post-anémie ferriprive et des troubles mictionnels traités. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible de 75% dans l'activité habituelle et de 75% dans une activité adaptée.

13. Dans un rapport du 18 avril 2005, le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F. 32.2) existant depuis janvier 2005 ainsi qu'une pathologie ostéoarticulaire et physique existant depuis octobre 1999. Il a attesté une incapacité

de travail de 100% dès juillet 2004 dans l'activité de serveur au bar et café. Il a indiqué que l'assuré était en traitement chez lui depuis le 2 mars 2005 en raison de fatigue, fatigabilité, anhédonie, baisse de l'élan vital et idées suicidaires. Il a constaté un ralentissement psychomoteur, une tristesse ainsi que des pleurs. Il a précisé que, d'après ses constatations, l'état de l'assuré s'était considérablement aggravé depuis le rapport d'examen SMR de juillet 2004. Il a expliqué qu'il avait diagnostiqué une dépression sévère et des symptômes florides qui l'avaient conduit à instaurer un traitement drastique et une prise en charge soutenue. Il a exposé qu'il n'était pas d'accord avec le diagnostic de troubles d'adaptation dès lors que l'assuré avait travaillé de nombreuses années en donnant entière satisfaction, qu'il avait établi de nombreux contacts sociaux et que son isolement actuel avait pour origine le trouble psychique. Compte tenu de l'aggravation des maladies physiques franchement invalidantes et de la survenue du trouble de l'humeur, il a considéré que le patient était inapte au travail à 100% et cela définitivement.

14. Dans un rapport du 6 décembre 2005, la conseillère en réadaptation de l'OCAI a estimé que la prise de position du Dr H_____ ne pouvait pas être prise en considération dès lors que l'assuré ne présentait pas d'isolement de types psychotiques ou phobiques puisqu'il voyait ses enfants presque chaque jour et conservait des contacts avec sa soeur qui l'aidait pour le ménage. Elle a estimé que l'activité adaptée décrite par les médecins du SMR correspondait à une activité de magasinier ou de chauffeur livreur d'articles légers (kiosques, petites épiceries, stations d'essence). En se basant sur un revenu d'invalide statistique dans le commerce de détail, elle a fixé le taux d'invalidité à 30% sans procéder à un abattement. Elle a précisé que, dès 2000, l'assuré aurait pu bénéficier d'un reclassement professionnel dans un emploi du secteur de la livraison-vente et du magasinage léger facilitant l'alternance de position, mais que par son comportement amplifiant ses difficultés, il avait démontré que toute tentative de le remettre au travail aboutirait à un échec. En conséquence, elle a clos le mandat de réadaptation.

15. Par décision du 21 décembre 2005, en reprenant les arguments de la conseillère en réadaptation, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a précisé que si l'assuré était soutenu par son médecin-traitant et le demandait par courrier dûment motivé, il aurait droit à des mesures d'instruction en centre dans le but d'être placé dans l'économie après un entraînement à l'effort.

16. Le 13 janvier 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. À l'appui de son opposition, il a soutenu que son invalidité était totale et a contesté les motifs du rapport du SMR. Puis, le 17 février 2006, il a complété son opposition et a allégué que l'OCAI ne pouvait pas se fonder sur l'expertise du SMR qui ne tenait pas suffisamment compte du grave handicap résultant de la spondylarthrite ankylosante et de l'aspect psychiatrique. A l'appui de sa thèse, il a produit un rapport du Dr A_____ du 8 février 2006 et un rapport du Dr H_____ du 6 février 2006. Le rhumatologue a indiqué qu'en avril 2003, il avait déjà eu l'impression que

le patient présentait également un état dépressivo-anxieux, mais qu'il ne l'avait pas mentionné dans son rapport. Il a précisé que l'évolution avait continué à être défavorable tant sur le plan rhumatologique que digestif, dermatologique et urologique. Il a exposé que, le 9 juillet 2005, le patient avait été victime d'un accident lors duquel il avait subi un traumatisme crânio-cervical indirect de type Whip-lash ayant provoqué une accentuation des douleurs cervicales associée à des vertiges persistants. Il a également signalé la présence, depuis l'automne 2004, d'une part, de précordialgies atypiques associées à des palpitations, d'autre part, d'une dyspnée, soit de troubles qu'il a considérés comme partiellement liés à une diminution de la capacité respiratoire consécutive à son affection rhumatismale. Quant au psychiatre, il a exposé qu'il constatait une aggravation de l'état général du patient aussi bien physique que psychique. Il a contesté les conclusions des experts de l'OCAI qu'il a jugées erronées car ne tenant compte ni de la gravité de l'état de santé, ni de l'aggravation survenue depuis juin 2004. Il a précisé que le traitement actuel consistait en entretien psychothérapeutique une fois par semaine, voire tous les 15 jours, et en médication antidépressive ainsi que sédative. Il a expliqué que la réponse au traitement était minime voire inexistante puisque la pathologie physique alimentait en quelque sorte la pathologie psychique et vice versa.

17. Par décision sur opposition du 22 juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a relevé que le Dr H_____ ne suivait le patient que depuis mars 2005 de sorte qu'il ne pouvait pas attester une incapacité de travail de 100% sur le plan psychiatrique depuis juillet 2004 et qu'il ne motivait pas son avis divergent quant aux diagnostics psychiatriques. Il a estimé que les rapports médicaux produits avec l'opposition n'étaient nullement motivés et n'apportaient absolument pas la conviction d'une éventuelle détérioration de l'état de santé de l'assuré. En outre, il a considéré qu'un abattement sur le salaire statistique n'était pas justifié par les circonstances.

18. Par acte du 25 juillet 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète sur la base d'une invalidité totale. En outre, il se déclare prêt à comparaître devant le Tribunal de céans et à se soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire. Enfin, il demande l'audition de ces médecins-traitant pour autant que le Tribunal l'estime nécessaire. Il conteste le rapport des médecins du SMR en tant qu'ils considèrent que seule la spondylarthrite ankylosante a une répercussion sur la capacité de travail et qu'ils retiennent comme possible une reprise du travail partiel à 50% dès le mois d'avril 2000, alors que le Dr I_____, expert mandaté par l'assurance perte de gain, avait considéré à l'époque que, compte tenu des douleurs, le patient n'était pas capable d'exercer sa profession. En outre, il soutient que l'appréciation des médecins du SMR lui reconnaissant une capacité résiduelle de travail dans la restauration à raison de 70 à 80% méconnait totalement le travail de cette branche de sorte qu'il faut privilégier les rapports des Dr I_____, A_____, C_____ et H_____. À ce sujet, il produit un nouveau rapport du Dr C_____ du 5 juillet 2006

faisant état d'une aggravation sensible de l'état physique ainsi que psychique du patient et considérant que sa capacité de travail est nulle, certainement définitivement. Enfin, il est d'avis que le rapport du SMR n'est ni crédible, ni sérieux, ni d'actualité en tant qu'il estime que le recourant peut exercer son activité à 75% et qu'il souffre d'un trouble de l'adaptation non-invalidant dû à ses déboires conjugaux.

19. Dans sa réponse du 12 septembre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Il a relevé qu'avant la consultation du 4 juillet 2006, le Dr C_____ n'avait pas revu l'assuré depuis 2001 et que, dans son dernier rapport, il a confirmé l'évolution de la maladie de Bechterew depuis lors. En outre, il a souligné qu'en 2001, ce médecin considérait le patient comme incapable de travail à plus de 25-30%, alors que le rapport du SMR avait démontré une capacité de travail de 75% dans toute activité. Il a estimé que les arguments invoqués ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

20. Le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant, puis a gardé la cause 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'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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

   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 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois de septembre 2000. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par le recourant le 26 juin 2006 et que le délai de recours ne commence à courir que le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA), le recours du 25 juillet 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, plus particulièrement, sur le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

7. a) 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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

b) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), 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 consid. 2.2.3). 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).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, 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 (ATF 132 V 65).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

b) 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

c) 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. Le recourant conteste la valeur probante du rapport du SMR du 21 juillet 2004 et estime que sa capacité de travail résiduelle est nulle. Quant à l'intimé, il considère que ledit rapport du SMR a pleine valeur probante et que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité puisqu'il présente une invalidité de 30%.

   En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité résiduelle de travail de 75% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

10. Dans leur rapport du 21 juillet 2004, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylarthrite ankylosante (M. 45), d'autre part, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F. 43.22), une gastrite HP positif, un status post-ulcère gastro-duodénal, un status post-anémie ferriprive et des troubles mictionnels traités. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible de 75% dans l'activité habituelle et de 75% dans une activité adaptée. Ils ont mentionné que l'assuré se plaignait d'un sommeil perturbé, d'un blocage vertébral au lever, de douleurs thoraciques à gauche, de beaucoup de douleurs abdominales, de douleurs mictionnelles, d'une grande fatigue, de douleurs diffuses dans tout le corps et d'anémie. Lors de son examen clinique psychiatrique, la Dresse J_____ n'a pas constaté de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'idée suicidaire, de limitations fonctionnelles psychiatriques. En revanche, elle a observé

une thymie légèrement triste et une amplification verbale des douleurs somatiques sans signes de souffrance objectivable. Elle a expliqué que le trouble de l'adaptation n'était pas une maladie psychiatrique invalidante et qu'aucun des symptômes n'était suffisamment grave pour justifier un diagnostic plus spécifique. Elle a ajouté que les traits de personnalité narcissique étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Elle a précisé qu'après la sortie de l'assuré des HUG en 2003, il avait été vu à deux reprises par un psychiatre qui n'avait pas retenu le diagnostic d'état dépressif et n'avait pas jugé nécessaire de revoir le patient ni d'introduire un quelconque traitement médicamenteux psychotrope. Pour sa part, la Dresse G_____ a indiqué qu'après l'anémie ferriprive sévère survenue en juin 1999, bien que la situation se soit améliorée grâce à des transfusions sanguines, l'assuré n'avait pas repris son travail.

Le rapport des médecins du SMR se base sur un examen clinique du recourant et un entretien psychologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que radiologique. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins du SMR se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, elles reposent sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation.

Le recourant dénie cependant au rapport des médecins du SMR une pleine valeur probante, estimant qu'il n'est pas d'actualité et qu'il n'est ni crédible, ni sérieux. Sur ces derniers points, il invoque l'existence d'une erreur de diagnostic psychiatrique relevée par tous les médecins-traitant et une incohérence à admettre une capacité résiduelle de travail de 75% dans l'activité de garçon de café eu égard aux limitations fonctionnelles retenues.

D'emblée, il y a lieu de relever qu'il n'est pas possible de tenir compte, dans la présente procédure, de l'appréciation faite par le Dr C_____ dans son rapport du 5 juillet 2006 dans la mesure où il a vu le recourant le 4 juillet 2006, soit après la décision sur opposition du 22 juin 2006. En effet, 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 et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4). Or, en l'espèce, en tant que ce médecin n'a pas examiné le recourant entre 2001 et le 4 juillet 2006, il n'est pas possible de dater la prétendue aggravation et donc de déterminer si cette dernière porte sur la situation antérieure ou postérieure à la décision litigieuse.

Dans la mesure où seuls les diagnostics psychiques établis par un psychiatre sont relevants, la thèse du recourant ne peut reposer que sur l'appréciation du

Dr H_____ des 18 avril 2005 et 6 février 2006. Or, dans son rapport du 18 avril 2005, ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique existant depuis janvier 2005 et ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le Tribunal de céans ne voit pas quelle contradiction il y aurait entre cette appréciation et celle des médecins du SMR dès lors que l'examen de ces derniers date de juin 2004 et est donc antérieur de 9 mois à l'examen du Dr H_____ qui, au surplus, fait état d'une aggravation depuis le début du traitement en mars 2005. Tant dans son rapport du 18 avril 2005 que dans celui du 6 février 2006, le Dr H_____ conteste le diagnostic retenu par les médecins du SMR, mais ne motive qu'insuffisamment sa prise de position. En critiquant le diagnostic posé par les médecins du SMR, il procède en réalité à une appréciation différente du status médical décrit par les Dresses J_____ et G_____ ce qui ne constitue pas un indice permettant de douter de la pertinence du rapport d'expertise. De plus, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Enfin, dans un rapport de consultation psychiatrique des HUG du 5 mars 2003, consécutif à l'hospitalisation du 10 février 2003, le Dr K_____, psychiatre, a précisé qu'un diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive avait été retenu ce qui confirme le diagnostic posé par les médecins du SMR.

Le recourant invoque le rapport du Dr I_____ du 4 octobre 2000 pour démontrer le caractère erroné des conclusions des médecins du SMR. Dans le susdit rapport rédigé dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur, le Dr I_____ a admis qu'il était difficile d'envisager une reprise du travail dans l'immédiat en raison de la maladie de Bechterew compte tenu de l'importance subjective des douleurs. Dans le même rapport, il a toutefois admis que cette maladie ne devait en principe pas entraîner une incapacité totale permanente dans le métier exercé et que l'activité inflammatoire était modérée de sorte qu'une reprise du travail en tant que sommelier devait être possible. Le recourant ne peut rien déduire de ce rapport en faveur de sa thèse dès lors que le Dr I_____ admet une incapacité de travail ponctuelle en raison de l'importance subjective des douleurs, mais n'atteste ni une incapacité de travail définitive, ni une incapacité de gain définitive. De plus, son appréciation de la capacité de travail repose sur les plaintes subjectives du recourant et non pas sur la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part du recourant de sorte qu'elle n'est pas pertinente.

Le recourant relève également que les experts ont prétendu à tort que le poste de travail de garçon d'office tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées, à savoir absence de travail en position statique prolongée debout, en flexion rotation du tronc et en porte-à-faux ainsi qu'avec grande mobilité rachidienne, enfin,

absence de port occasionnel de charges d'un poids excédant 20 kilos, pouvait être exercé à 75%. Sur cette question, il convient de donner raison au recourant, car il est difficilement envisageable que, dans la profession de serveur, un employé puisse éviter les limitations retenues et s'asseoir pendant les heures de pointe du service. Toutefois, même si on ne saurait suivre l'appréciation des experts sur ce point, cela n'enlève pas pour autant une pleine valeur probante à leur rapport d'expertise dans la mesure où il existe bon nombre d'autres activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

11. Le recourant conteste que la fibromyalgie, le trouble de l'adaptation mixte anxieuse et dépressive, la gastrite HP positif, le status post-ulcère gastroduodénal en 1987, le status post-anémie ferriprive en 1999 et les troubles mictionnels ne jouent pas de rôle sur sa capacité de travail, sans toutefois étayer sa position par un quelconque rapport médical. Au contraire, dans son rapport du 30 avril 2003, le Dr A_____ a indiqué que les douleurs abdominales diffuses d'origine mixte, la colite chronique segmentaire et l'état d'anxiété ne généraient pas d'incapacité de travail ce qui confirme l'appréciation des médecins du SMR. Par ailleurs, dans son rapport du 13 octobre 2001, le Dr C_____ a également mentionné que l'anémie ferriprive sévère était sans répercussion sur la capacité de travail. De plus, selon le rapport du Dr L_____, urologue, du 2 mai 2005, la symptomatologie dysurique et irritative est due à une prostatite sur hypertrophie prostatique modérée, soit à une affection qui n'est pas suffisamment importante pour générer une incapacité de travail.

    Quant à la fibromyalgie, il y a lieu de relever que, de manière générale, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, chez de jeunes assurés tels que le recourant doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 24 août 2005, I 752/04, consid. 5.4). En conséquence, il convient tout d'abord d'examiner s'il existe une telle comorbidité psychiatrique.

    Dans son rapport du 21 juillet 2004, la Dresse J_____ a diagnostiqué des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. On ne saurait toutefois assimiler ce trouble psychique à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, dès lors qu'auparavant, il n'a pas empêché le recourant d'assumer pleinement, jusqu'en 1999, son activité de garçon de café (ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1 et ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04, consid. 5.1). Enfin, selon le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1), le diagnostic d'épisode dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la

fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1).

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie. En tant que le recourant souffre d'une maladie de Bechterew depuis 1990, l'existence d'affection corporelle chronique est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, le recourant présente une longue évolution de douleurs. En revanche, compte tenu, d'une part, de son aptitude à assumer toute activité n'impliquant pas une position statique prolongée debout, en flexion rotation du tronc et en porte-à-faux ainsi qu'une grande mobilité rachidienne, enfin, un port occasionnel de charges d'un poids excédant 20 kilos, de travail à la chaîne et sur des engins vibrants, d'autre part, du soutien de ses trois enfants et de sa sœur qui l'aide dans le ménage, l'assuré n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Au demeurant, il continue à conduire son automobile, va à la piscine en été, voit presque tous les jours ses enfants et régulièrement sa soeur ce qui démontre qu'il ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2, ATFA non publié du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2 et ATFA non publié du 8 juin 2005, I 361/04). Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisqu'il a débuté une psychothérapie, il y a deux ans, ce qui démontre que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont pas encore été épuisées (cf. ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2).

Au vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par le recourant ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci. En définitive, c'est à juste titre que les médecins du SMR ont conclu que la fibromyalgie et les troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive qui lui sont associés n’ont pas de caractère invalidant.

En conséquence, il n'existe aucun élément médical objectif justifiant d'admettre une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible inférieure à 70-80% dans toute activité adaptée de sorte que le rapport d'expertise des médecins du SMR remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

12. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid.

2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, qui équivaut normalement à une prestation de travail correspondante. Pour cette raison, la preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité et de la preuve de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4; ATFA non publié du 10 décembre 2001, I 320/01, consid 2b).

c) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321).

13. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2000 puisque, dans leur rapport du 21 juillet 2004, les médecins du SMR ont admis une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 25 octobre 1999 et que l'annonce du recourant à l'OCAI est tardive puisqu'elle date du 19 septembre 2001 (ATF 129 V 223 consid. 4.1).

Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité fixé à 55'146 fr. par l'intimé pour l'année 2000 (revenu 1999 de 54'600 fr. augmenté de 1%).

Pour ce qui est du revenu d'invalide, il importe de préciser que le recourant n'a repris aucune activité professionnelle. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour un homme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2000 (ESS 2002, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13ème salaire comprise) à un revenu de 53'244 fr. (4'437 x 12). De plus, ce résultat doit

être adapté au temps de travail en 2000 qui était de 41.8 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 55'640 fr. (53'244 x 41.8 : 40). Etant donné que, selon les experts, une activité résiduelle ne peut être exigée qu'à 70-80%, il y a lieu de retenir l'hypothèse la plus favorable au recourant, à savoir une capacité résiduelle de travail de 70% et, partant, un revenu hypothétique d'invalide de 38'948 fr. (55'640 x 70%). Même dans une activité adaptée, le recourant doit éviter certaines tâches telles que le port de charges de plus de vingt kilos, les activités nécessitant le maintien de la position statique prolongée, la flexion rotation du tronc et la position en porte-à-faux ainsi qu'une grande mobilité rachidienne. De plus, son taux de capacité résiduelle de travail n'est que partiel. En conséquence, il a droit à une déduction qu'il convient de fixer à 15% en raison tant des limitations liées à son handicap que d'un éventuel plus grand besoin de pauses qu'un travailleur en bonne santé qu'enfin, du taux d'occupation réduite (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En définitive, le revenu d'invalide s'élève à 33'105 fr. 80 (38'948– 15% de 38'948). En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (55'146), on obtient une perte de gain de 22'040 fr.20 (55'146 – 33'105.80) correspondant à un taux d'invalidité de 39.96% (22'040.20: 55'146 x 100).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre entier en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). En conséquence, le taux d'invalidité de 39.96% doit être arrondi à 40% et donne droit au recourant à un quart de rente d'invalidité dès le 1er octobre 2000.

14. Il convient encore d'examiner si, comme le soutient le recourant, son état de santé s'est aggravé postérieurement au rapport des médecins du SMR de juillet 2004 et antérieurement à la décision sur opposition du 22 juin 2006.

Dans son rapport du 18 avril 2005, le Dr H_____ fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le rapport des médecins du SMR de juillet 2004 et depuis qu'il suit le patient, à savoir depuis le 2 mars 2005. A cet égard, il motive cette aggravation uniquement par le diagnostic d'une dépression sévère et des symptômes florides qui l'ont conduit à instaurer un traitement drastique et une prise en charge soutenue. Or, dans le même rapport, il relate ses constatations, à savoir fatigue, fatigabilité, anhédonie, baisse de l'élan vital, idées suicidaires, soit des symptômes qui ne justifient pas le diagnostic de dépression sévère selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM 10 / ICD 10) dès lors que les trois symptômes du critère B de F 32.0 ne sont pas tous présents et qu'il n'existe pas au moins cinq symptômes du critère C de F 32.0 pour atteindre un total d'au moins huit symptômes (cf. F 32.2). Puis, dans son rapport du 6 février 2005 rédigé à l'attention du mandataire du recourant, il maintient le même diagnostic tout en précisant que la pathologie physique alimente en quelque sorte la pathologie psychique et vice-versa. En conséquence, faute de

motivation suffisante et pertinente, une aggravation sur le plan psychique n'est pas rendue vraisemblable.

Dans son rapport du 8 février 2006, le Dr A_____ mentionne une évolution défavorable sur le plan rhumatologique avec toujours les mêmes plaintes, surtout des douleurs rachidiennes importantes associées à une raideur matinale importante, soit des symptômes déjà pris en considération par les médecins du SMR en juin 2004. En outre, il indique aussi une évolution défavorable sur les plans digestif, dermatologique et urologique sans aucunement motiver son appréciation sur ces points. Il signale également, d'une part, une accentuation des douleurs cervicales associée à des vertiges depuis un accident de voiture survenu le 9 juillet 2005, d'autre part, l'apparition de précordialgies atypiques associées à des palpitations et à une dyspnée, soit des troubles qu'il estime être partiellement liés à une diminution de la capacité respiratoire consécutive à son affection rhumatismale. Il conclut à une aggravation sur le plan psychiatrique, mais, dans une moindre mesure sur le plan rhumatologique. En définitive, sur le plan somatique, ce rapport retient essentiellement une aggravation dans une moindre mesure des affections rhumatologiques, qui n'est pas quantifiée ce qui est insuffisant pour établir que cette aggravation modifie la capacité résiduelle de travail admise par les médecins du SMR.

En conséquence, faute pour le recourant d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé avec incidence sur sa capacité résiduelle de gain, il ne peut pas être reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'évolution de son état de santé postérieurement au rapport des médecins du SMR

Le recourant a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, s'il établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b).

15. Le recourant estime que des mesures supplémentaires d'instruction doivent être exécutées par le Tribunal de céans, à savoir son audition, l'audition de ses médecins-traitants et la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

En procédure administrative, l'art. 29 al. 2 Cst., pas plus que l'art. 4 al. 1 aCst., ne garantit le droit de s'exprimer oralement devant l'autorité appelée à statuer (ATF 125 I 219 consid. 9b et les références citées). On notera à ce propos que l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH suppose une demande, formulée de manière claire et indiscutable, de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuve - comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition de

témoins ou à une inspection locale - ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF 122 V 55 consid. 3a). Or, en l'espèce, le recourant n'a pas demandé l'organisation de débats publics en application du principe de la publicité des débats (ATF 124 V 94 consid. 6).

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire et l'audition des médecins-traitants s'avèrent superflue par appréciation anticipée des preuves.

En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire formée par le recourant.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

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. L'admet partiellement (au sens des considérants).

3. Annule les décisions de l'OCAI des 21 décembre 2005 et 22 juin 2006.

4. Dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2000.

5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente.

6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

7. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

8. 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

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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