RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2857/2005 **ATAS/1055/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 30 novembre 2005

En la cause

Monsieur O_____, domicilié à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Me Suzette CHEVALIER	recourant

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente
Mesdames Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur O_____, né en 1968 en Turquie, naturalisé suisse en mars 2000, a travaillé en Suisse depuis 1990 comme ouvrier agricole, employé dans divers restaurants, puis ouvrier dans le bâtiment dans une entreprise en Argovie.

2. En incapacité totale de travail depuis le 5 septembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI d'Argovie en date du 9 avril 2001.

3. Après instruction, l'Office AI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100 % dès le mois de septembre 2001 pour un syndrome lombovertébral, discopathie et troubles psychiatriques. Par décision du 13 novembre 2001, l'Office AI d'Argovie l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2001.

4. L'assuré a déménagé à Genève le 3 janvier 2002, date à laquelle son dossier à été transféré à l'Office cantonal AI (ci-après l'OCAI).

5. L'OCAI a ouvert une procédure en révision le 18 novembre 2002. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après SMR LEMAN), qui a constaté au vu des pièces du dossier que l'assuré souffrait de lombalgies sans substrat organique avec un état dépressif, l'OCAI a mandaté le Docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, pour expertiser l'assuré.

6. Dans son rapport d'expertise du 17 juin 2003, le Docteur B_____ relève qu'au status clinique, le tableau psychopathologique est symptomatique surtout du côté des énoncés du patient qui livre une vision assez dramatique de son vécu, de ses angoisses et de son état. La tonalité dominante positive, la bonne modulation affective et son impression globale contredisent clairement l'hypothèse d'un état dépressif sévère. Le patient dispose aussi visiblement, dans son organisation de vie et sa présentation, de quelques ressources qui le font apparaître moins démuni que sa propre vision. L'expert explique que le patient revient constamment en arrière pour étayer l'ampleur de son atteinte. Or, celle-ci est clairement moins importante que décrite par le passé. La dernière crise de raidissement et transformation de l'hémicorps gauche décrite par le patient a eu lieu alors qu'il était encore dans le canton d'Argovie ; depuis son déménagement à Genève, il n'a plus présenté de crises de ce type. En ce qui concerne l'état moral, le patient se trouve face à de multiples soucis, souvent dépassé par les événements et les besoins d'adaptation, mais qui n'est pas dépressif dans le sens propre et maladif du terme. Selon l'expert, ces problèmes lui « tombent sur le moral », mais il n'est nullement dans une attitude paralysée ou inhibée comme on le postule pour un état dépressif de moyenne ou sévère intensité. Il a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation, troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens associés à des troubles hypocondriaques, ainsi que dysthymie. Le cumul des affections et diagnostics correspond à une atteinte réelle ; l'assuré n'a réellement pas les possibilités entières

de faire face aux exigences professionnelles et de la vie, mais il dispose d'aptitudes préservées. L'incapacité de gain est de 50 %, de manière médico-théorique. L'expert proposait de payer à l'assuré des cours de français comme outil et condition pour transformer sa situation et de procéder ultérieurement à une réduction de son droit à une rente de 50 %.

7. Invitée à examiner les possibilité de réadaptation, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu, dans son rapport du 29 octobre 2003, qu'il était prématuré d'envisager une reprise d'activité même légère et à 50 %. L'assuré n'y est pas préparé et ses angoisses ne sont pas compatibles avec un travail, ni même avec une mesure d'observation. Il a besoin d'une période de transition où il sera à la fois protégé et confronté à l'idée qu'une reprise d'activité à temps partiel est possible. L'assuré a été orienté en conséquence vers les ateliers protégés pour une durée de trois mois, à l'issue de laquelle les suites à donner seront réexaminées.

8. Dans un rapport du 22 mars 2005, la Division de réadaptation professionnelle a relevé que le stage en atelier protégé n'avait pas permis de mettre en évidence une réelle capacité de travail chez l'assuré, car il a montré des limitations physiques qui l'empêchent de maintenir la position assisse ou debout de manière prolongée. Aucune activité adaptée n'a pu être trouvée, car l'assuré s'est montré incapable de s'engager en raison de son état dépressif. Toutefois, dès lors qu'un grand nombre de facteurs extra-médicaux limitent la capacité de réinsertion, la Division de réadaptation n'en a pas tenu compte et a procédé à l'évaluation théorique du degré d'invalidité et proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'un trois-quart de rente, le degré d'invalidité s'élevant à 61 % après comparaison des gains.

9. Par décision du 12 avril 2005, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 61 % et réduit la rente d'invalidité à trois-quart de rente, dès le 1er juin 2005. L'effet suspensif a été retiré.

10. L'assuré a formé opposition le 4 mai 2005 et a produit un courrier de la Doctoresse C_____, médecin traitant, aux termes duquel il est toujours en incapacité de travail à 100 % et que la réduction de sa rente AI n'est pas justifiée.

11. Par décision du 14 juillet 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que le rapport du médecin traitant ne contient aucun élément d'appréciation nouveau permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise.

12. Représenté par le Service social du Parti du Travail, l'assuré a interjeté recours en date du 12 août 2005. Il conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI et au maintien de la rente entière d'invalidité, en raison de son état de santé. Il se réfère au rapport de la Doctoresse C_____, ainsi qu'à celui établi le 29 juillet 2005 par le Docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

13. Le 27 août 2005, Me Suzette CHEVALIER a informé le Tribunal de céans qu'elle avait été nommée d'office pour assister le recourant dans le cadre de la présente procédure et a sollicité un délai pour compléter le recours. Dans ses conclusions du 9 septembre 2005, elle a contesté la réduction de la rente, au motif que les atteintes physiques du recourant n'ont pas été prises en compte, alors même que ses plaintes ont été objectivées par une IRM de la colonne lombaire du 27 mai 2005. D'autre part, l'expertise psychiatrique minimise les atteintes psychiques, dans la mesure où le Docteur D_____, qui le suit depuis plus de deux mois, a observé des troubles plus invalidants, notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, un trouble panique, une personnalité paranoïaque et un trouble délirant persistant. Le recourant allègue qu'il aurait minimisé ses plaintes devant l'expert, en ne lui révélant pas les idées délirantes de persécution, ni ses hallucinations auditives, craignant d'être considéré comme « fou ».

14. Dans sa réponse du 28 septembre 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise du Docteur B_____, ainsi qu'à l'avis du SRM LEMAN du 22 septembre 2005.

15. Cette écriture a été communiquée au recourant et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V 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 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

   Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 17 LPGA, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Toute changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 373 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

   a) En l'espèce, l'Office AI d'Aarau avait mis le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en se fondant sur les rapports des médecins somaticiens ainsi que des psychiatres. Dans un rapport du 4 décembre 2000, le Docteur E_____, de la Clinique rhumatologique et de réhabilitation de Zurzach, indiquait que le patient était suivi ambulatoirement depuis le 19 octobre 2000. Il avait posé les diagnostics de syndrome lombovertébral et lombospondylose chroniques sur discopathie anamnestique L5/S1, aggravés par une situation psychosociale difficile. Il pensait qu'il serait bon que le patient soit réintégré dans un processus de reprise de travail, dans une mesure réduite, mais seulement après clarification de la situation personnelle grave. L'assuré présentait de nouvelles plaintes (peur de tomber notamment). Le Docteur F_____, chirurgien FMH, dans un rapport du 16 mars 2001 adressé à l'assurance ELVIA, mentionnait que le patient avait tenté une reprise de travail le 7 mars 2001, interrompu en raison de fortes douleurs dans l'hémicorps gauche. La composante psychique apparaissait alors au premier plan, le patient faisant l'objet d'un suivi psychiatrique régulier, avec médication anti-dépressive. L'incapacité de travail était de 100 %, pour des

raisons psychiatriques. Le Docteur F_____ a confirmé l'incapacité totale de travail dans un rapport du 27 avril 2001 adressé à l'Office AI d'Aarau.

b) Le Docteur G_____, du Service externe de psychiatrie de Baden, a confirmé en date du 21 mars 2001 que le patient était en traitement psychiatrique depuis le 9 janvier 2001, pour un état dépressif de degré moyen avec possible trouble somatoforme (Mittelgradiges depressives Zustandsbild bei möglicher Somatisierungsstörung). Le patient était orienté, parlait d'une voix monotone et basse de ses douleurs lombaires, de la jambe gauche et de l'épaule. La pensée était focalisée sur la peur de ne plus être en bonne santé. Il ne présentait pas de signe de la lignée psychotique, mais des troubles du sommeil et de l'appétit. Un risque suicidaire ne pouvait pas être entièrement écarté. Du point de vue psychiatrique, le patient n'était pas à même de reprendre une activité à 50 % ; sa capacité de travail était de 0 % pour des raisons psychiatriques. Dans son rapport adressé à l'Office AI le 6 septembre 2001, le Docteur G_____ confirmait que le patient était en traitement psychiatrique depuis janvier 2001, qu'il présentait un état dépressif de degré moyen et que l'incapacité de travail était de 100 %. L'assuré présentait des peurs, se demandait souvent pourquoi il était encore en vie, avait des idées suicidaires. Il présentait des troubles du sommeil et de l'appétit et un risque suicidaire latent. L'état dépressif de degré moyen à grave demeurait stationnaire et la capacité de travail ne pouvait être améliorée. La Doctoresse H_____, médecin de l'Office AI d'Aarau, a considéré dans son avis du 26 juillet 2001 que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative sur le marché du travail normal et que seule une activité en milieu protégé, tel qu'un hôpital de jour, était envisageable, à titre thérapeutique.

5. En procédure de révision, l'OCAI a requis des renseignements de la Doctoresse C_____, FMH en médecine générale, médecin traitant du recourant depuis novembre 2001. Dans son rapport du 30 janvier 2003, le médecin traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur de sévérité moyenne F 32.3, trouble dysthymique F 34.1, trouble de somatisation F 45.0, syndrome lombaire chronique. Elle précise que l'état de santé du patient ne s'est pas modifié, qu'il n'y a pas d'amélioration des symptômes dépressifs et des plaintes somatiques. L'état anxieux et dépressif le laissent souvent prostré chez lui. Une reprise de travail n'est pas envisageable en raison de l'importance de l'état anxio-dépressif et de la sévérité des troubles somatiques.

   Sur avis du SMR LEMAN, l'intimé a mandaté le Docteur B_____ pour effectuer une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 17 juin 2003, l'expert expose qu'il a réalisé deux entretiens, un avec l'assuré et une amie et un autre avec l'assuré en présence d'un interprète parlant la langue turque. Reprenant l'historique médical, l'expert rappelle que l'assuré était en traitement psychiatrique depuis janvier 2001 au service externe de la ville de Baden, où l'on diagnostique une suspicion de troubles de somatisation et un état dépressif de moyenne importance.

Les médecins décrivaient un patient avec l'attention et la mémoire en bon état, mais un cours de la pensée circonstanciée ralenti et partiellement bloqué. Il manifestait une forte anxiété à être paralysé de la jambe gauche. Un traitement anti-dépressif est introduit et le psychiatre mentionnait une incapacité de travail de 100 % pour des raisons psychiatriques. L'évaluation pour un éventuel reclassement de l'AI, en juillet 2001, avait conclu que l'assuré ne pouvait être réinséré dans un circuit économique normal. Ä Genève, l'assuré est suivi par le Docteur C_____ qui confirme les appréciations précédentes avec une incapacité de travail continue, sans aucune modification notable de l'état de santé. Il mentionne des douleurs lombaires et de l'hémicorps gauche non objectivées et un état anxieux et dépressif.

L'expert relève que l'essentiel des plaintes de l'assuré concerne l'hémicorps gauche qui est investi d'une très grande attention de la part du patient et qui produit selon ce dernier ,des crampes aboutissant à de graves crises, où la jambe gauche et la droite également changent de couleur, avec sensations de durcissement, aboutissant à une sorte de raidissement général avec l'impression que le tête tourne et un mal-être général. Il aurait développé une sorte d'évitement, se rendant le moins possible à l'extérieur pour éviter ces crises. Interrogé par l'expert sur la date de la dernière crise, il s'avère que celle-ci a eu lieu alors que l'assuré se trouvait encore dans le canton d'Argovie, c'est-à-dire au moins un an et demi auparavant. L'assuré exprime sa crainte et sa conviction d'être malade, de souffrir d'une maladie musculaire qui le paralyserait. Les autres plaintes concernent son moral, il se dit tantôt anxieux, stressé, nerveux, triste, énonce beaucoup de rêves, ses problèmes de papiers, ses dettes, etc. Dans ses observations cliniques, l'expert relève que l'entrée en contact avec l'assuré est facile, il présente un côté aimable, avenant et souriant. La résonance affective est bonne, l'assuré peut réceptionner et exprimer des émotions positives. Contrastant avec cette observation et perception, l'assuré affiche une physionomie affligée et une voix un peu monotone et larmoyante. Son discours est intense, sans relâche (contraire d'un discours dépressif). La deuxième consultation s'est déroulée en présence d'un interprète parlant le turque. L'assuré présente quelques difficultés de la pensée, qui s'avère compliquée, circonstanciée, avec saut de type coq à l'âne. Il a grand peine à répondre précisément aux questions et glisse systématiquement dans d'autres sujets. Le tableau psychopathologique est symptomatique surtout du côté des énoncés du patient qui livre une vision assez dramatique de son vécu, ses angoisses, son état, etc. qui contraste avec la rareté et la subtile présence d'indicateurs observés. La tonalité dominante positive, la bonne modulation affective et son impression globale contredisent clairement l'hypothèse d'un état dépressif sévère. L'expert relève plusieurs facteurs extra-médicaux, mais n'a pas constaté de problématique ou de conflit intrapsychique. L'expert a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation en relation avec son immigration, son mariage, l'alcoolisme de sa première femme, son divorce et sa réorientation, de troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens associés à des troubles hypocondriaques et de dysthymie, c'est-à-dire des modifications de son humeur,

sans atteindre le niveau d'un diagnostic dépressif. Dans la pondération des diagnostics, l'expert parvient à la conclusion que le cumul des affections et diagnostics correspond à une atteinte réelle et qu'une pure exagération est exclue. L'incapacité de gain est de l'ordre de 50 % d'une manière médico-théorique. L'expert propose que l'assurance-invalidité prenne en charge des cours de français comme outil et condition pour transformer la situation, effort raisonnablement exigible de la part de l'assuré. Ultérieurement, l'expert pense que l'on pourrait procéder à une réduction de son droit à la rente à 50 %. L'assuré devrait bénéficier d'une approche d'évaluation de ses capacités restantes et de réadaptation dans un deuxième temps. Un suivi médical est souhaitable, voire indispensable, avec une personne avec laquelle l'assuré peut communiquer.

Suivant les propositions du Docteur B_____, selon lesquelles des mesures professionnelles étaient prématurées, l'intimé a orienté l'assuré vers un stage en atelier protégé pour une période de trois mois, avec pour objectif de servir de transition et de confronter le recourant à une reprise d'activité. Les constatations faites au CIP n'ont pas permis de mettre en évidence une réelle capacité de travail chez l'assuré; toutefois, l'intimé a considéré qu'un grand nombre de facteurs extra-médicaux décrits dans le rapport d'expertise limitaient la capacité du recourant à se réinsérer dans la vie professionnelle, facteurs dont précisément l'assurance-invalidité n'a pas à tenir compte. Il a ainsi retenu une capacité de travail raisonnablement exigible de 50 %.

6. Le recourant conteste ce point de vue, faisant valoir, d'une part, que ses atteintes physiques n'ont pas été prises en compte et, d'autre part, que l'expertise du Docteur B_____ minimise les atteintes psychiques.

   S'agissant des atteintes physiques, il se réfère à l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 27 mai 2005 par le Docteur I_____ qui conclut dans son rapport du 30 mai 2005 à une protrusion discale modérée L3-L4, en léger contact avec le fourreau dural, mais plus importante au niveau L4-L5 médiane, pouvant être à l'origine d'un conflit mécanique disco-radiculaire irritatif des deux côtés. Selon l'avis du SMR, l'IRM n'apporte rien de nouveau.

   Concernant les atteintes psychiques, le recourant allègue être suivi depuis le 11 mai 2005 par le Docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel fait état, dans un rapport du 29 juillet 2005, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, trouble panique, personnalité paranoïaque et trouble délirant persistant. Le recourant invoque le fait qu'il avait minimisé ses plaintes devant l'expert et qu'il ne lui avait notamment pas révélé ses idées délirantes de persécution ni ses hallucinations auditives, car il craignait de ne pas être pris au sérieux et d'être considéré comme "fou". Il explique qu'une relation de confiance a pu s'instaurer avec le Docteur D_____, dès lors que la barrière de la langue n'existe pas. Il a produit un

rapport établi le 21 avril 2005 par son médecin traitant, la Doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale, aux termes duquel son patient est en incapacité de travail de 100 % et que la diminution de sa rente AI est injustifiable. Le médecin traitant relève que l'assuré a été évalué au CIP de janvier à mars 2004 et qu'il a été décrit notamment comme une personne ayant une mauvaise image de lui-même, présentant des troubles de la communication non explicables par le problème de la langue, des capacités d'apprentissage diminuées et une mauvaise maîtrise des gestes fins.

7. 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).

   En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'expertise effectuée par le Docteur B_____ comporte une anamnèse familiale, personnelle et socioprofessionnelle détaillée, un résumé du dossier et l'historique médical, une description des plaintes subjectives de l'assuré. L'expert a procédé aux constatations cliniques, avec le concours d'un interprète parlant la langue turque, il a résumé ses observations cliniques selon l'échelle psychopathologique de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en psychiatrie (AMDP, 3ème éd. 1999), il a discuté le cas, tenu compte des plaintes exprimées par le patient et posé des diagnostics selon la Classification internationales des maladies (CIM-10).

   Dans ses conclusions, l'expert a souligné l'importance des facteurs psychosociaux dans la problématique du recourant. Or, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué

d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

En l'occurrence, l'expert souligne, s'agissant des troubles de l'adaptation diagnostiqués, qu'avec son immigration, son mariage, le développement de l'alcoolisme de sa première femme, le divorce et sa réorientation, le recourant était et est aux limites de ce qu'il peut assumer constitutionnellement. Concernant les troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens, il s'agit du phénomène des altérations sensorielles et motrices de l'hémicorps gauche de l'assuré, globalement inscrit dans les troubles dissociatifs ou dits de conversion ou les phénomènes vécus subjectivement ne correspondant à aucune limite neurologique ou concept médical connu. Ce phénomène est associé à des troubles hypocondriaques, en l'occurrence une préoccupation persistante concernant la présence des troubles corporels et une crainte irrationnelle d'une évolution vers une paralysie. A cela s'ajoute une dysthymie, sans atteindre le niveau d'un diagnostic dépressif. Dans la pondération des diagnostics mentionnés et leur valorisation sur une échelle de gravité, l'expert parvient à la conclusion que le cumul des affections et diagnostics correspond à une atteinte réelle et peut exclure une pure exagération. Il ajoute qu'avec ses troubles et limitations aussi cognitives, l'assuré n'a réellement pas les possibilités entières de faire face aux exigences professionnelles de la vie. De l'autre côté, il dispose d'aptitudes préservées, raison pour laquelle l'expert a conclu à une incapacité de gain de l'ordre de 50 % d'une manière médico-théorique.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions requises par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante, de sorte que le Tribunal de céans ne saurait s'en écarter. Il y a ainsi lieu de retenir que l'état de santé du recourant s'est amélioré, dans la mesure où il ne souffre plus de dépression, mais de dysthymie, et qu'il dispose encore de ressources.

Le rapport produit par le recourant en cours de procédure ne saurait permettre une appréciation différente, dans la mesure où il émane du médecin traitant que l'assuré a consulté postérieurement à la décision litigieuse.

8. D'après la jurisprudence, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit

aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 2002 de 4'557 fr. que les hommes peuvent réaliser dans une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2002, TA 1), soit 4'750 fr. 70 pour 41,7 heures habituelles (La Vie économique 11/2004 p. 86, tableau B 9.2), le salaire annuel doit être fixé à 57'008 fr. (4'750,70. x 12). Réactualisé à 2004, le salaire s'élève à 58'345 fr. (Indice 2004 2095, cf. La Vie économique 7/82005, p. 99, tableau B 10.3). Etant donné une incapacité de travail de 50 %, le revenu annuel brut déterminant s'élève à 29'172 fr. 50.

Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

En admettant une réduction maximale de 25 %, le revenu d'invalide déterminant s'élève à 21'979 fr. Comparé au revenu que le recourant réalisait avant l'invalidité, soit 62'029 fr. en 2001, réactualisé à 2004, soit fr. 64'620 fr., le degré d'invalidité s'élève à 66,14 %. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004 (4ème révision AI, RO 2003 3837 3852; FF 2001 3045), un degré d'invalidité de 60 % au moins ouvre droit à trois quarts de rente.

Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé d'allouer au recourant trois-quarts de rente dès le 1er juin 2005 (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI) n'apparaît pas critiquable. Il est loisible au recourant de s'adresser, le cas échéant, à l'intimé en vue de la prise en charge de cours de français.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La Présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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