REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3008/2006 **ATAS/1303/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 novembre 2007

En la cause

Monsieur K_____, représenté par FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né en juillet 1951, d'origine irakienne, naturalisé suisse depuis 1998, a déposé le 10 octobre 2002, une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffre de douleurs aux genoux, à la colonne vertébrale et aux mains depuis plus de cinq ans.

2. L'assuré a travaillé en qualité de coursier (livraison d'examens radiologiques) au service de X_____ SA du 1er mai 1990 au 24 septembre 2001, date à laquelle il a cessé toute activité en raison de son état de santé. Il a été licencié le 30 avril 2002.

3. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a dans un rapport adressé à l'OCAI le 25 octobre 2002, posé pour son patient les diagnostics suivants : antalgies multiples, mains, poignets, coudes, genoux, pieds à caractère mécanique, cervicarthrose, tunnel carpien bilatéral et suspicion de fibromyalgie. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 11 octobre 2001, étant précisé que l'état de santé était stationnaire. Le médecin a plus particulièrement indiqué que l'activité exercée jusqu'ici de même que toute autre activité n'était plus exigible.

4. Dans un rapport intermédiaire du 21 novembre 2003, le Dr A_____ a confirmé que l'état de santé était resté stationnaire. Selon lui, une reprise de travail pourrait être envisagée à certaines conditions (position alternée assise/debout) mais serait exclue dans le métier de chauffeur-livreur, étant ajouté cependant qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Un examen complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Le médecin a également noté que les plaintes et l'examen clinique ne concordaient que partiellement.

5. Un examen clinique bidisciplinaire a été réalisé par les Drs B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologue, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dans le cadre du Service médical régional AI - SMR Léman le 26 octobre 2004. L'examen a été effectué en présence d'un interprète.

   Sur le plan psychiatrique, l'expert a constaté que l'assuré était lucide et orienté et qu'il ne présentait pas de trouble de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. La thymie de l'assuré n'est ni dépressive ni anxieuse et aucune trouble formel de l'attention ou de la concentration n'ont été mis en évidence. L'assuré n'est ni anhédonique, ni aboulique, mais présente des insomnies en rapport avec ses douleurs.

   Sur le plan somatique, le Dr B_____ a posé à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques persistantes

et de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de fibromyalgie, obésité et suspicion de syndrome des apnées obstructives du sommeil. Il a constaté les limitations fonctionnelles suivantes :

- Rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

- Rachis cervical : pas de travail imposant le maintien immobile prolongé de la tête dans une position quelconque, notamment en rétroflexion en rotation, pas de travail imposant le soulèvement de charges d'un poids excédant 8 kg au-dessus du plan des épaules.

En conclusion, les deux médecins du SMR observent que les arthralgies fonctionnelles, qualifiées faute de mieux de fibromyalgie, n'entraînent pas d'incapacité de travail, qu'en revanche la problématique dégénérative au niveau lombaire et dans une moindre mesure au niveau cervical entraîne des limitations fonctionnelles significatives, que néanmoins, l'incapacité de travail de 100% retenue par le médecin traitant n'est pas justifiée médicalement, notamment dans la dernière activité exercée par l'assuré en tant livreur de radiographies médicales, dans la mesure où cette activité respectait ces limitations fonctionnelles. Aussi, en l'absence d'une comorbidité psychique significative, la capacité de travail exigible, tributaire exclusivement des atteintes organiques mises en évidence, est-elle, selon eux, de 100%.

6. Par décision du 17 décembre 2004, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée.

7. Par acte du 11 janvier 2005, l'assuré a formé opposition le 11 janvier 2005, acte qu'il a complété le 27 janvier. Il a produit deux rapports de l'Institut d'imagerie médicale concernant une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire et cervicale effectuée le 19 janvier 2005.

   Le 22 mars 2005, l'assuré, représenté par le CENTRE SOCIAL PROTESTANT, a informé l'OCAI qu'il allait subir une intervention chirurgicale le 6 avril suivant, soit une laminectomie L4-L5 pratiquée par le Dr D_____. Dans son rapport établi le 12 avril 2005 à la suite de l'hospitalisation, celui-ci a fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% jusqu'au 13 mai 2005.

8. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué le 22 avril 2005 qu'il avait vu son patient le 7 février 2005, que son état de santé était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics.

9. Du fait de cette laminectomie pour canal étroit, le Dr E_____ du SMR a conclu à la nécessité d'un second examen rhumatologique.

   Un rapport a été établi à la suite de ce nouvel examen le 2 novembre 2005 par le Dr B_____. Il apparaît que l'examen objectif est pratiquement superposable à celui qui avait pu être fait un an auparavant. Les radios confirment qu'il existait clairement un canal lombaire étroit L4-L5 et que cette sténose a été éliminée de manière efficace par l'opération effectuée en avril 2005. La symptomatologie n'a pas changé. Ceci conduit à admettre que des facteurs non-organiques participent à la perpétuation des douleurs. A ce titre on peut relever qu'une modeste percussion axiale du rachis majore massivement les douleurs lombaires et qu'un banal mouvement actif des épaules, sans aucune contrainte, les augmente également. Le Dr B_____ considère dès lors qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions apportées au terme de l'examen du 26 octobre 2004. La fragilité biomécanique au niveau lombaire et cervical est incontestée et impose des limitations fonctionnelles. Le respect de celles-ci représente la condition évidemment nécessaire mais aussi suffisante à la reconnaissance d'une capacité de travail normale. Le médecin relève toutefois qu'entre le précédent examen et celui-ci, la situation psychologique semble s'être détériorée. Le médecin traitant a du reste jugé nécessaire une prise en charge psychiatrique spécialisée qui a commencé au début du mois d'octobre 2005.

   Le Dr B_____ confirme ainsi une capacité de travail exigible de 100% du point de vue somatique, tout en précisant qu'une modification de la problématique psychiatrique est intervenue et devrait être appréciée pour définir l'exigibilité réelle de la capacité de travail.

10. Par décision du 5 décembre 2005, l'OCAI, se fondant sur les conclusions du Dr B_____ selon lesquelles la capacité de travail est entière du point de vue somatique, a rejeté l'opposition.

11. L'assuré a interjeté recours le 5 janvier 2006 contre ladite décision sur opposition, alléguant que l'opération qu'il avait subie en avril 2005 avait été un échec et qu'il était en traitement auprès d'un médecin psychiatre.

12. Par courrier du 23 janvier 2006, l'OCAI a informé l'assuré qu'il annulait la décision du 5 décembre 2005 et reprenait l'instruction de la cause s'agissant de l'aspect psychiatrique.

13. Le 13 mai 2005. le Dr D_____ a exposé que les suites opératoires étaient caractérisées par l'absence de toute amélioration au niveau de la barre ostéophytaire L4-L5.

    Dans un rapport du 7 février 2006, le Dr F_____, généraliste, également médecin traitant, a indiqué que son patient souffrait d'un canal lombaire étroit avec laminectomie L4-L5 le 6 avril 2005, d'un stress post-traumatique chronique et d'un

changement de personnalité. Il considère que l'incapacité de travail est de 100% depuis septembre 2002 dans son activité de chauffeur-livreur. En revanche, une activité adaptée, dans le domaine de l'administration ou réception, serait envisageable à 50%.

Le Dr A_____, dans un rapport du 17 février 2006, a quant à lui déclaré que le problème actuel du patient était d'ordre psychique et psychiatrique.

Un rapport a été établi par le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie le 24 janvier 2006. Il en résulte que l'assuré présente un trouble dépressif, épisode actuel moyen, combiné à un trouble de la personnalité, émotionnellement labile, un syndrome post-traumatique et un trouble de l'adaptation.

14. Par arrêt du 8 février 2006, la 4ème Chambre du Tribunal de céans a pris acte de la décision rendue par l'OCAI le 23 janvier 2006 annulant sa décision sur opposition du 5 décembre 2005 et a déclaré le recours sans objet.

15. La Dresse H_____ du SMR a considéré le 8 juin 2006 que son examen psychiatrique était superposable à celui réalisé le 26 octobre 2004 par son confrère, le Dr C_____ et qu'ainsi :

- le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant n'a pas été objectivé et est actuellement en rémission complète,

- aucun trouble de la personnalité morbide n'est retenu,

- le diagnostic d'état de stress post-traumatique également évoqué par le psychiatre traitant, rétrospectivement sur la période de 1980 avant l'arrivée en Suisse, est peu fiable. Selon le médecin, l'assuré ne présente pas de réviviscence répétée de l'événement traumatique, de flash back, de rêves ou de cauchemars, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, nous n'avons pas objectivé de symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique avec modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe,

- le trouble de l'adaptation est en rémission complète, l'assuré ne présente aucune symptomatologie anxio-dépressive,

- il n'y a pas de véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant,

- une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins (pas de prise en charge rhumatologique), des

divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes démonstratives laissent insensible l'examinateur, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact, ainsi que l'absence de trouble de la personnalité morbide et de toute comorbidité psychiatrique invalidante, ont conduit la Dresse H_____ au diagnostic de fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique et sans incidence sur la capacité de travail. Aussi, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présente-t-il aucune aggravation de son état et sa capacité de travail exigible est-elle toujours entière quelle que soit l'activité envisagée.

Le Dr I_____, anesthésiste, a pris note le 19 juin 2006 pour le SMR qu'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était exigible à 100%.

16. Par décision sur opposition du 21 juillet 2006, l'OCAI a dès lors confirmé qu'avec une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, il ne pouvait y avoir de perte de gain, ce qui excluait le droit à la rente.

17. L'assuré a interjeté recours le 21 août 2006 contre ladite décision sur opposition.

18. Dans sa réponse du 26 août 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

19. Par courrier du 19 septembre 2006, FORUM SANTE s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a complété le recours. L'assuré a produit copie d'un courrier adressé par le Dr G_____ au Dr F_____, le 12 septembre 2006, qui confirme la présence d'un épisode dépressif sévère avec un déroulement chronique, d'un trouble somatoforme douloureux continu ainsi que d'un trouble post-traumatique mal assimilé. Le médecin a également indiqué que malgré un traitement psychiatrique ambulatoire régulier soutenu par des médicaments, il n'a pas été possible d'améliorer de manière sensible son état. Selon lui les troubles psychiques limitent la capacité de travail du patient de manière importante depuis le début du traitement.

20. Par courrier du 18 octobre 2006, l'OCAI a rappelé que le recourant avait été examiné à trois reprises au SMR et qu'aucun de ses médecins n'avait pu mettre en évidence un quelconque trouble d'ordre psychiatrique. Il maintient dès lors ses conclusions et s'oppose plus particulièrement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

21. Le 20 novembre 2006, l'assuré a transmis le rapport du Dr G_____ daté du 20 mars 2006, dûment traduit, un nouveau rapport du 23 octobre 2006 du même médecin et un rapport du Dr F_____ du 6 novembre 2006. Ce dernier rappelle qu'il suit l'assuré pour des troubles ostéo-articulaires, un état anxio-dépressif et un syndrome post-traumatique. Il explique que l'état de santé de son

patient s'est malheureusement détérioré avec une aggravation de son état psychique suite aux événements de guerre en Irak. En raison de cette décompensation et devant l'incapacité de trouver un psychiatre arabophone dans le canton, il l'avait confié au Dr G_____, d'origine irakienne également, à Berne.

Dans son rapport du 23 octobre 2006, le Dr G_____ a exposé que son patient souffrait d'un trouble de stress post-traumatique chronique suite à des tortures physiques subies dans des prisons irakiennes comme membre d'un parti anti-Saddam Hussein, avec changement de la personnalité chronique suite à un accablement extrême. L'assuré est assailli de façon répétée de flash-backs et de cauchemars, de souvenirs fragmentés de torture avec ou sans facteurs stressants extérieurs, apparaissant contre sa volonté. Le patient est ainsi traumatisé au plus haut point, il n'a jamais évacué son stress post-traumatique et a par conséquent besoin d'une thérapie à long terme axée sur ses traumatismes. Il souffre de plus actuellement d'une dépression grave caractérisée par le déroulement chronique impliquant des difficultés d'adaptation, des troubles au niveau des sentiments et d'un comportement social avec des impulsions suicidaires latentes. Selon le Dr G_____, ce tableau clinique psychiatrique lourd implique que l'assuré ne sera guère capable d'exercer une activité professionnelle.

Le Dr G_____ a rempli un questionnaire à l'attention de l'OCAI le 20 mars 2006, dans lequel il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants :

- épisode dépressif de degré moyen combiné avec troubles de la personnalité et personnalité émotionnellement instable,
- troubles de stress post-traumatique,
- troubles d'adaptation aux changements des conditions de vie ainsi que difficultés dans l'adaptation culturelle
- troubles de somatisation

22. Par courrier du 18 décembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

23. Le 21 juin 2007, le Tribunal de céans a ordonné l'expertise psychiatrique de l'assuré et a mandaté pour ce faire le Dr J_____.

24. Dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2007, le Dr J_____ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le Dr J_____ a constaté que l'anamnèse qu'il avait obtenue, de même que le status psychiatrique, diffèrent considérablement de l'évaluation du SMR. Il a en

effet relevé qu' "au status, l'expertisé n'était ni détendu ni euthymique, et il a rapporté aussi bien dans ses propos spontanés que dans ses réponses à nos questions l'existence d'une adynamie, d'une anhédonie et d'une perte de l'élan vital". Selon l'expert, ces différences pourraient être attribuées à un changement de son état clinique qui a pu s'aggraver dans l'intervalle de plus d'une année qui sépare nos examens. Toutefois les rapports de ses médecins, les Drs G_____ et F_____ ne sont pas en faveur de cette interprétation. Les divergences anamnestiques quant à elles ne peuvent s'expliquer par une possible aggravation du tableau clinique.

Le Dr J_____ a précisé comme suit les raisons pour lesquelles il avait retenu ses trois diagnostics :

- "Le diagnostic "modification durable de la personnalité…" découle des recommandations de la CIM-10. En effet, les directives pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique précisent que "les séquelles chroniques et irréversibles d'un état de stress post-traumatique doivent être classées sous F62.0 (modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe)". Dans le cas de l'expertisé, ce trouble serait apparu à la suite de sévices subis durant la première période d'emprisonnement en Irak, en 1975.

- La dépression est d'apparition plus récente. L'importance des signes et symptômes spécifiques (tristesse de l'humeur, anhédonie, perturbation du sommeil et diminution de l'appétit, manque de confiance en soi, sentiment de dévalorisation, perte d'espoir, idéation suicidaire à certaines périodes) nous amène à associer ce diagnostic au précédent.

- Enfin le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant répond au fait que la douleur éprouvée dépasse, soit en durée, soit en intensité, ce qui peut être expliqué par l'examen clinique ou les lésions radiologiquement constatées, et qu'elle présente des caractéristiques ayant amené plusieurs spécialistes à évoquer le diagnostic de fibromyalgie. Il est certain que l'état de stress et l'état dépressif chroniques réduisent considérablement les capacités de *coping* et contribuent à intensifier la perception de la douleur."

Aussi le Dr J_____ a-t-il conclu que les troubles psychiatriques dont souffrait le patient affectaient sa capacité de travail dans n'importe quelle activité professionnelle, y compris dans une activité compatible avec les limitations physiques. Selon l'expert, une activité respectant les limitations physiques et psychiques de l'assuré relève certainement plus de la thérapie occupationnelle que du monde du travail. Une activité à temps partiel (pas plus de trois heures par jour), pratiquée dans un environnement calme et aussi peu stressant que possible, serait théoriquement exigible, mais irréaliste pratiquement. Un stage en atelier spécialisé pourrait permettre une évaluation rigoureuse.

Il a par ailleurs considéré que l'état psychique pouvait être qualifié de "cristallisé", se fondant sur la chronicité des troubles, l'absence d'amélioration après deux années de prise en charge psychiatrique et la rigidité du fonctionnement psychique.

25. Par courrier du 1er octobre 2007, l'assuré a pris note des conclusions de l'expertise, et suggéré que l'examen de la Dresse H_____ ne soit pas pris en compte afin que le début de l'invalidité soit fixé sur la base des rapports des médecins traitants.

26. Egalement invité à se déterminer, le Dr I_____ a contesté les diagnostics posés par le Dr J_____. Il a relevé que les six symptômes dont la présence est exigée pour qu'un épisode dépressif soit qualifié de moyen n'ont pas été objectivés chez l'assuré. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, il a considéré que le sentiment de détresse ainsi que le fait que la douleur constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient ne sont pas présents. Enfin les trois conditions pour envisager un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, soit une expérience de catastrophe, une modification durable de la personnalité et enfin un lien de temporalité entre les deux, ne sont pas non plus réalisées. Selon le Dr I_____, les diagnostics posés par le Dr J_____ ne reposent ainsi pas sur des éléments médicaux objectifs et ne répondent pas aux critères d'une classification internationale reconnue ; ils sont basés exclusivement sur l'anamnèse que donne l'assuré sans que l'expert fasse preuve de sens critique ; les conclusions qui en découlent ne peuvent par conséquent pas être retenues.

    L'OCAI propose dès lors le rejet du recours.

27. Le courrier de l'OCAI a été transmis à l'assuré 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité, et ses dispositions sont applicables dans le cas d'espèce.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine

médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul

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

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

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent

l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

9. Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme

douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 70 consid. 4.1).

11. En l'espèce, les Drs B_____ et C_____, mandatés par l'OCAI, ont réalisé un rapport le 26 octobre 2004. Ils ont considéré que l'assuré présentait quelques limitations fonctionnelles qu'ils décrivent précisément, dues à des lombalgies chroniques persistantes et à des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés. Ils ont néanmoins estimé que la capacité de travail était entière dans l'activité antérieure de chauffeur-livreur de radiographies. Ils ont par ailleurs posé le diagnostic de fibromyalgie.

    Lors d'un deuxième examen, le 2 novembre 2005, le Dr B_____ a confirmé ses conclusions précédentes sur le plan somatique, mais a relevé une détérioration de l'état de santé psychologique et suggéré que la problématique psychiatrique soit investiguée.

    L'assuré est au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique depuis octobre 2005 par le Dr G_____. Celui-ci a retenu les diagnostics d'état dépressif, épisode actuel moyen, combiné à un trouble de la personnalité émotionnellement labile, un syndrome post-traumatique et des troubles de l'adaptation.

    La Dresse H_____ a quant à elle écarté chacun de ces diagnostics, considérant que l'assuré souffrait d'une fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique et sans incidence sur la capacité de travail.

    Constatant que le Dr B_____ en novembre 2005 mentionnait une modification de la problématique psychiatrique, qu'une prise en charge psychiatrique a été apportée dès octobre 2005, que les événements survenus en Irak à cette époque pouvaient avoir eu un effet déclenchant en ce sens qu'ils auraient ravivé certains souvenirs plus ou moins enfouis (cf. rapport du Dr F_____ du 6 novembre 2006), le Tribunal de céans a ordonné le 21 juin 2007 une ordonnance d'expertise psychiatrique et en a confié le mandat au Dr J_____.

12. S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse H_____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle n'a été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR ce, par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale, qu'à partir du 24 novembre 2006.

    Force est ainsi de constater que la Dresse H_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 8 juin 2006 avec le titre de "psychiatre FMH" et

qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR**.**

Le TFA a eu l'occasion de traiter un cas où un rapport avait été rendu par ce même médecin. Il avait constaté que celui-ci "s'était prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal (voir art. 83 LSP) - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal et a considéré qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration (ATF du 31 août 2007, cause I 65/07).

Dès lors, on ne saurait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 8 juin 2006 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assuré. Les conclusions de la Dresse H_____ ne seront dès lors pas prises en considération.

13. Le Tribunal de céans constate en revanche que le rapport d'expertise réalisé le 3 septembre 2007 par le Dr J_____ se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin ses conclusions sont dûment motivées. L'expertise du Dr Baud doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

14. Les critiques formulées par le Dr I_____ à l'encontre des diagnostics retenus par le Dr J_____, selon lesquelles ceux-ci ne reposeraient pas sur des éléments médicaux objectifs, ainsi que le reproche de partialité, n'ont par ailleurs pas convaincu le Tribunal de céans, ce d'autant moins que le Dr I_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie. Les conclusions du Dr J_____ sont au demeurant confirmées par les Drs G_____ et F_____.

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

16. Le Dr J_____ a posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (état de stress post-traumatique). Ce trouble serait apparu en 1975, à la suite d'une première période d'emprisonnement en Irak.

Le Dr I_____ s'étonne dans ces conditions de ce que l'assuré ait pu ensuite travailler en Suisse de 1980 à 2002. Il y a toutefois lieu d'observer que la dépression, associée à cet état de stress post-traumatique, est progressivement apparue dès 2002, très vraisemblablement liée aux événements se déroulant en Irak

à ce moment-là. Il sied également de rappeler que l'assuré a réduit son temps de travail de moitié en 1994 déjà, parce qu'"épuisé" (cf rapport d'expertise du Dr J_____).

Il se justifie dès lors de retenir les diagnostics posés par le Dr G_____ et l'expert J_____ et de considérer que le trouble somatoforme douloureux dont souffre l'assuré est invalidant au sens de la LAI.

17. Quoi qu'il en soit, les autres critères dont la réalisation est exigée en l'absence de comorbidité psychiatrique grave, sont également remplis. En effet, l'assuré présente des lombalgies et cervicalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs étagés. On peut considérer qu'il subit une perte d'intégration sociale, même si celle-ci n'est pas totale. Le Dr J_____ a à cet égard relevé que "sa vie sociale est très restreinte, il a deux amis irakiens qu'il voit de loin en loin. Il se rend une fois par semaine à la mosquée, qu'il quitte rapidement après la prière, car il est mal à l'aise dans les rassemblements et a des difficultés à mener une conversation perdant vite le fil de son propos. " Selon le Dr J_____, l'état psychique de l'assuré peut être qualifié de cristallisé, vu l'absence d'amélioration après deux ans de prise en charge psychiatrique et la rigidité du fonctionnement psychique. Le Dr G_____ a confirmé que malgré un traitement psychiatrique ambulatoire régulier soutenu par des médicaments, l'état de son patient n'avait pu être amélioré. Il convient dès lors de conclure à un état psychique cristallisé sans évolution possible au niveau thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

18. Au vu de ce précède, le Tribunal de céans considère que les troubles psychiques de l'assuré se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de l'assuré. Aussi le recours est-il admis.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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