REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3009/2007 **ATAS/1384/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 3 décembre 2007

En la cause

Monsieur M_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1202 GENEVE intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. M. M_____ (l'assuré) en 22 février 1946, de nationalité suisse depuis le 18 janvier 2000, est marié depuis le 6 juin 1986. Il est entré en Suisse en 1979, comme réfugié politique roumain.

2. Il a acquis en Roumanie une formation de technicien vétérinaire et a travaillé en Suisse comme aide-laborantin puis, depuis 1984, il a exploité une agence matrimoniale, "Euro Amérique Rencontre".

3. Du 13 au 30 novembre 1981, l'assuré a séjourné aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) où il a été diagnostiqué, dans un rapport du 16 décembre 1981, un état dépressif et des douleurs musculaires multiples probablement secondaires, sans pathologie physique pour l'origine des douleurs. Le patient se plaignait depuis une année de douleurs musculaires diffuses, d'insomnies, de dyspnée et de baisse de l'état général.

4. Du 28 juin au 26 juillet 1983, l'assuré a séjourné à la clinique générale de Montana où il a été diagnostiqué, dans un rapport du 1er août 1983, un état dépressif avec somatisation chez une personne anxieuse. Le bilan physique était normal.

5. Le 3 septembre 1985, l'hôpital St Louis de Lisbonne a attesté que l'assuré avait été soigné le 29 août 1985 par une amygdalite, une rhinite et une crise de rhumatisme polyarticulaire.

6. Selon plusieurs courriers de la Caisse cantonale genevoise de compensation, l'assuré a été exonéré de paiement des cotisations en raisons des périodes d'incapacité de travail suivantes pour des raison de santé:

   Du 15 janvier au 12 avril 1987
   Du 12 mars au 29 juin 1988
   Du 27 février au 31 mai 1989
   Du 21 septembre au 22 décembre 1989
   Du 2 mars au 5 juin 1990
   Du 23 juin au 31 octobre 1992

7. Du 27 février au 2 mars 2002, l'assuré a séjourné aux HUG où il a été diagnostiqué un syndrome obstructif pulmonaire chronique modéré et les comorbidités suivantes: polypose nasale, sinusite maxillaire chronique bilatérale, sinusite sphénoïade droite, status après fracture et ostéosynthèse de la cheville droite en février 2002.

8. Du 6 au 25 mars 2003, l'assuré a séjourné à la clinique générale de Montana. Le diagnostic principal était celui de syndrome obstructif (J44.9) avec les comorbidités suivantes : suspicion de SAS (G 47.3), hypercholestérolémie à index athérogène favorable (E 78.0), syndrome cervico-dorso-lombaire (M54.2/M 54.6), côlon irritable (K 58.9), prostatisme (N40), dépendance à l'alcool, consommation

régulière (F 10.24), tabagisme chronique (20 UPA) (F 17.24), status post-traumatisme de la cheville D. (Layite ligamentaiare), status post-amygdalectomie

Le patient avait bénéficié de physiothérapie du dos et de l'épaule gauche et de physiothérapie respiratoire. Il était en phase de déni total au sujet de ses dépendances à l'alcool et à la nicotine.

9. Le 10 juin 2003, le Dr A_____, neurologie FMH, a relevé qu'il avait déjà examiné le patient en 1982-1983 et 1995. Il se plaignait depuis 20 ans de douleurs d'allure fibromyalgique au niveau des épaules, des genoux, des hanches, de la nuque, de maux de tête chroniques avec des vertiges, d'une grande fatigue et de troubles du sommeil et de l'humeur. Il n'y avait pas de substratum organique évident mais un côté hypochondriaque. Si invalidité il y avait, elle était d'origine psychiatrique.

10. Le 25 juin 2003, le Dr B_____, spécialiste FMH maladies rhumatismales, a déclaré avoir examiné l'assuré à la demande du Dr C_____. Le patient se plaignait de douleurs partout entraînant une insomnie rebelle. Son examen confirmait l'hypothèse d'un syndrome douloureux chronique persistant.

11. Le 26 novembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

12. Le 6 décembre 2004, l'assuré a écrit à l'OCAI qu'il avait été malade depuis plus de 20 ans mais que sa santé s'était énormément aggravée ces dernières années.

13. Le 16 décembre 2004, le Dr B_____ a rendu un rapport médical AI.

    Il n'était pas le médecin traitant de l'assuré mais l'avait examiné à trois reprises en 2003 et en 2004 à la demande de son médecin traitant, le Dr C_____ pour une évolution rhumatologique. Il pose les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux persistant sévère, état dépressif avec syndrome somatique (bronchopneumopathie chronique obstructive, syndrome d'apnées du sommeil, côlon irritable, prostatisme) et sans répercussion sur la capacité de travail de hypercholestérolémie, tabagisme chronique, dépendance à l'alcool, diabète léger. Status après traumatisme ancien de la cheville droite avec laxité ligamentaire traitée chirurgicalement en février 2002.

    Le syndrome somatoforme douloureux chronique sévère, résistant aux diverses thérapeutiques est associé à une arthrose dorsolombaire modérée et coxarthrose droite débutante, une affection psychiatrique de longue date ainsi que différentes affections somatiques également chroniques. Il était en incapacité de travail totale depuis le 10 janvier 2003 et l'ensemble des affections entraînait une invalidité totale et définitive.

14. Le 10 janvier 2005, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 10 janvier 2003.

Il présentait depuis 1982 les maladies suivantes par ordre de gravité:

- Syndrome obstructif bronchique avec des infections bronchopulmonaires répétées, des expectorations blanchâtres permanentes et un VEMS très inférieur à la normale.

- Asthénie, syndrome de fatigue chronique et une diminution de la force musculaire.

- Dyspnée accentuée par le tabagisme chronique et la dépendance à l'alcool (spécialement de la bière).

- Bronchite chronique asthmatiforme et tabagique accompagnée d'une forte éosinophilie. Plusieurs fois des sevrages alcoolo-tabagiques ont été tentés mais sans résultat.

- Dyspnée paroxystique nocturne.

- Syndrome d'apnées du sommeil accentué par les maladies citées ci-dessus.

- Fibromyalgie (douleurs péri-articulaires).

- Lombosciatalgie récidivante, parfois invalidante.

- Le blocage lombaire est souvent invalidant. Il existe aussi une cyphose dorsale et séquellaire post-maladie de Scheuermann, modificatrice, dégénérative et une coxarthrose droite.

- Dépression nerveuse s'accompagnant par des insomnies, de la nervosité, des vertiges, un manque de concentration et de l'attention, des migraines continues et rebelles, des troubles de mémoire; ce qui rend impossible la participation au cours de réadaptation professionnelle.

- Névralgies cervico-brachiale avec des torticolis fréquents à droite, des troubles somatoformes douloureux persistant sévères.

- HTA oscillante.

- Gonalgie bilatérale avec troubles de la marche.

- Status post-fracture bimalléolaire droite de type Weber B avec déplacement et ostéosynthèse et laxité ligamentaire.

- Rhumatisme polyarticulaire chronique.

- Hépatite chronique sur troubles médicamenteux et alcoolique.

- Gastrite chronique érosive.

- Obésité (BMI = 33Kg/m2).
- Hernie ombilicale.
- Syndrome du côlon irritable.
- Prostatisme et nycturie.
- Hypoacousie gauche.
- Troubles alimentaires.
- Diabète de type II.
- Kyste thymique.

En conclusion, l'assuré se trouvait dans une situation critique. Ses maladies le rendait pratiquement comme invalide, irrécupérable et il avait essayé de faire un recyclage professionnel mais pour le moment sans succès. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

15. Le 17 mai 2005, le Dr D_____, psychiatrie-psychothérapie FMH, a rendu un rapport médical AI. Il pose les diagnostics de Mélancolies F 32.2 et les comorbidités suivantes:

- Suspicion de syndrome d'apnée du sommeil G 47.3
- Syndrome obstructif du poumon droit J 44.9
- Hypertension artérielle 1.10
- Surcharge pondérale (BMI 27 kg/m2)
- Hypercholestérolémie E 78.0
- Rachialgies diffuses M 54.9
- Coxarthrose débutante à droite M 16.1
- Hernie ombilicale K 42.9
- Prostatisme N 40
- Hypoacousie gauche H 91.9
- Tabagisme chronique (21 UPA) F 17.24
- Status post-traumatisme de la cheville droite
- Status post-amygdalectomie

L'état de l'assuré s'aggravait. Il suivait celui-ci depuis le 23 février 2005. Le tableau clinique était caractérisé par de la tristesse, asthénie, adynamie, anhédonie, anxiété, réminiscences, vertiges, désarroi, évitement des contacts affectifs. Aboulie aprosexie, apragmatisme. L'ancienne activité était exigible à 50%, comme celle de manœuvre de 25 à 50% avec diminution de rendement. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques de l'AI, le Dr D_____ indique que les affections dont souffre l'assuré entraînent une incapacité de travail de 100%.

16. Le 2 août 2005, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il indique avoir traité l'assuré du 13 mai 2003 au 7 février 2005, soit 22 séances.

    Il diagnostique une dysthymie F 34.1, une dépendance à l'alcool F 10.24, et du tabagisme chronique F 17.24.

    L'atteinte à la santé empêchait toute activité professionnelle. Aucune autre activité n'était exigible en raison de l'alcoolisme.

17. Du 5 au 19 avril 2006, l'assuré a séjourné au service de rhumatologie des HUG en raison d'arthralgies et de myalgies diffuses. Le diagnostic posé est celui de fibromyalgie, BPCO avec VEMS à 2,3 litres, polypose nasale, sinusite chronique, status post-fracture et ostéosynthèse de la cheville droite en février 2002, hypertrophie bénigne de la prostate.

    L'assuré présentait des arthralgies et des myalgies diffuses prédominant dans les cuisses, les mollets, les épaules, les chevilles et les genoux. C'étaient des douleurs mécaniques mais qui diminuaient considérablement la qualité de son sommeil. Les arthralgies n'avaient jamais été associées à une tuméfaction ou à une inflammation des articulations.

18. Le 9 janvier 2007, les Drs F_____, rhumatologie FMH, et G_____, psychiatrie-psychothérapie FMH, ont rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assuré du 12 décembre 2006. Ils relèvent que:

    "L'assuré rapporte des douleurs dans les deux cuisses, dans les deux bras, dans le dos, dans la nuque et au front. Il décrit des troubles de l'endormissement, des réveils précoces, un appétit stable et une diminution de la vie sexuelle (diminution de la libido, douleurs). Il indique une fatigue chronique, un épuisement, une perte de l'énergie et une diminution de la volonté. Il rapporte une tristesse (sans pôle matinal), accompagnée de pleurs. Il relève des troubles de la concentration et de la mémoire (oublis). Il dit ne pas s'adresser de reproches ni d'avoir d'idées de mort. Cependant, il rapporte une absence d'envie de vivre et une perte d'espoir par rapport aux douleurs (il ne croit pas en la perspective de souffrir moins un jour). Il déclare avoir peu d'activités qui lui font plaisir (parler avec ses amis au café, s'occuper de son lapin). Il décrit des ruminations sur sa situation actuelle et des moments

d'anxiété, toujours liés à des situations ou des nouvelles. Il déclare en outre, une diminution de la confiance en lui."

Les diagnostics posés sont les suivants:

- avec répercussion sur la capacité de travail: rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec suspicion de maladie de Forestier débutante. M 54, coxarthrose bilatérale modérée M16, polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et troubles de la coordination probablement d'origine éthylique, bronchopneumopathie obstructive, Dysthymie F34.1.

Ils diagnostiquent sans répercussion sur la capacité de travail: une Fibromyalgie. M79.0 et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Syndrome de dépendance F10.2.

"La perte de contrôle de la consommation d'alcool se situe à il y a 10 ans environ et a atteint 5 litres de bière par jour. L'assuré a consommé de manière excessive pour calmer ses douleurs, du fait qu'il était seul à la maison et pour se donner du courage lorsqu'il avait des soucis. Au sens de l'AI, il s'agit d'une consommation primaire (elle n'est pas secondaire à une maladie psychiatrique). Depuis trois mois environ et avec le soutien de son médecin généraliste (prescription de Seresta et vitaminothérapie), il explique avoir diminué la consommation à 2,5 litres par jour. Anamnestiquement, cette consommation n'a actuellement lieu que pendant la matinée. Au moment de l'examen au SMR, il n'y avait pas de signes d'imprégnation alcoolique (difficultés d'élocution, incoordination, foetor alcoolique) et hormis un tremblement à peine perceptible, il n'y avait pas de signe de sevrage (assuré tranquille). Cet alcoolisme primaire persistant n'a pas laissé de séquelles neuropsychologiques, dans la mesure où Monsieur M_____ ne présente pas de troubles de la mémoire à court terme ni de désorientation. Il n'y a pas non plus de séquelles psychiatriques (absence de confabulation)."

Le diagnostic de dysthymie était incapacitant et entravait entièrement l'activité habituelle, une activité adaptée était possible à 50%, avec peu de responsabilités, peu d'exigence et sans travail administratif. Cette dysthymie avait précédé le début de la consommation d'alcool. L'assuré souffre d'un fibromyalgie. Concernant les critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral des Assurances pour cette affection, la diminution de l'énergie, les troubles de la concentration, le ralentissement et la diminution de la confiance en soi atteignent une importance suffisante pour être incapacitante. La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de propriétaire d'une agence matrimoniale et de 40% dans une activité adaptée aux nombreuses limitations somatiques et psychiatriques pour autant qu'elle existe.

19. Le 11 janvier 2007, le Dr H_____ du SMR a confirmé l'incapacité de travail totale pour raisons psychiatriques dans l'activité antérieure et une exigibilité de 40%

depuis janvier 2007 dans une activité adaptée. Ils relèvent que les pathologies associées du ressort de l'AI et influençant la capacité de travail étaient celles de rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, coxarthrose bilatérale, polyneuropathie des MI, et BPCO. La fibromyalgie était indiquée comme diagnostic associé non du ressort de l'AI.

20. Du 18 janvier au 5 février 2007, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de MONTANA où un trouble somatoforme douloureux F45.4 a été principalement diagnostiqué ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Le rapport du 12 février 2007 relève que l'assuré "revient dans notre Établissement avec sa plainte de douleurs chroniques. Il s'est bien investi dans son programme de physiothérapie et il a constaté les bienfaits de la fangothérapie. Par ailleurs, il a reçu des conseils pratiques concernant la statique et la dynamique de son dos. Il reste bien entendu, que la problématique majeure, c'est la dimension psychologique dans la poussée de son trouble somatoforme. Le cadre de la clinique et les liens avec les autres patients ont permis une amélioration de la thymie".

21. Selon une note de travail du 23 janvier 2007 de l'OCAI, l'assuré est considéré comme ayant un statut d'indépendant.

22. Le 7 mars 2007, le service des enquêtes de l'OCAI a rendu un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante.

    Il relève que "le chiffre d'affaire moyen pour les années 1995 à 1998 est de 20'335 fr. et le revenu moyen est de 13'066 fr. Selon ses dires, et suite à ses problèmes de santé qui ont débuté avant 2003, il a considérablement diminué son activité, et il a continué à travailler de façon irrégulière car il n'avait pas d'assurance perte de gain. Pour cette raison et bien que l'atteinte à la santé n'était pas encore invalidante, pour la détermination du revenu avant invalidité nous ne prenons pas en considération les années 1999 à 2002".

    Il fixe le revenu hypothétique sans invalidité de l'assuré à 14'158 fr. soit 13'066 fr. sur la base des bouclements des comptes 1995 à 1998 + 1093 fr. d'indexation.

23. Le 19 avril 2007, la réadaptation professionnelle a établi un degré d'invalidité nul, fondé sur la comparaison du revenu sans invalidité de 14'158 fr. avec un revenu d'invalidité à 40% (après déduction de 25%) de 17'177 fr.

24. Par projet de décision du 23 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestation en constatant que le degré d'invalidité était de 0%.

25. Le 25 avril 2007, l'assuré a informé l'OCAI que dès le 1er juin 2007 son épouse serait au chômage.

26. Le 15 mai 2007, le Dr C_____ a attesté que la dépression nerveuse devenait de plus en plus grave et était soutenue par des autres maladies qui s'aggravaient au fur et à mesure. Le patient était découragé, avec des idées suicidaires.

27. Le 17 mai 2007, l'assuré a requis de l'OCAI une rente, même modeste.

28. Le 25 juin 2007, le Dr H_____ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier la position du SMR.

29. Par décision du 13 juillet 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

30. Le 4 août 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de cette dernière décision.

    Il fait valoir qu'il a commencé à être malade le 15 janvier 1987 avec des douleurs et de la dépression, puis sa santé s'est dégradée et il a été malade plusieurs mois par année de 1996 à 2001, avec une baisse de ses revenus. Le SMR ayant constaté une incapacité de travail de 80%, il avait droit à un ¾ de rente. Actuellement, il présentait une très forte dépression, avec des vertiges, des crises de panique, de fortes douleurs au dos et restait toute la journée allongé sur le canapé.

    Il demandait une rente entière, au vu de sa santé et de son âge. Il a transmis un certificat du Dr C_____ du 27 juillet 2007 selon lequel l'assuré était le cas le plus compliqué et présentait un cumul des maladies les plus rares sur les 50 années de sa pratique de la médecine.

31. Le 2 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que le Dr C_____ ne faisait état d'aucun élément nouveau dans son dernier certificat et a produit un avis du SMR du 1er octobre 2007 selon lequel la position du SMR n'était pas modifiée par le dernier avis du Dr C_____.

32. Les 31 octobre et 7 novembre 2007, le recourant a écrit au Tribunal de céans qu'une employée de l'AI lui avait dit qu'il aurait droit à une "rente mensuelle de 1'000 fr. et quelque chose" et qu'étant incapable de travailler il avait de la chance d'être épaulé par son épouse. Il a transmis des courriers envoyés à l'OCAI. Il pensait avoir été dénoncé à l'AI par un tiers.

33. Le 12 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr I_____ et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

34. Le 15 novembre 2007, le recourant a déclaré être d'accord avec l'expertise.

35. Le 26 novembre 2007, l'intimé a proposé une question supplémentaire.

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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 26 novembre 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 23 avril 2007, qui a été confirmé par la décision du 13 juillet 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 4 août 2007.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

5. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

   b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre

2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu 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). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera 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 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

10. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de

l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

11. En l'espèce, les Drs B_____, D_____, E_____, et C_____ attestent d'une incapacité totale de travailler du recourant alors que le SMR l'a estimée à 40% dans une activité adaptée. Au vu de ces avis médicaux contradictoires, il convient d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée au Dr I_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, route de Berne, 73 - CH - 1010 Lausanne.

12. Conformément à la demande de l'intimé, une question f. sera ajoutée à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable;

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr I_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. M_____.

   c. Examiner M. M_____.

   d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :

   e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

   f. Quel est le status psychiatrique détaillé de M. M_____ ?

   g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. M_____ du point de vue psychiatrique ?

   h. En cas de trouble psychique :

      - Quel est le degré de gravité de celui-ci ?

      - Depuis quelle date est-il présent chez M. M_____ ?

      - Comment a-t-il évolué ?

      - Quel traitement est-il indiqué? M. M_____ suit-il un traitement adéquat ?

      - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

   i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?

      Si oui :

Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?

- M. M_____ subit-il une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?

- Existe-t-il chez M. M_____ 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, fuite dans la maladie), au sens du considérant 10 c) ?

- Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?

- Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?

- Dans quelle mesure peut-on exiger de M. M_____ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?

- En d'autres termes, M. M_____ dispose-t-il et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?

j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 13 juillet 2007 ? Sinon, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

l. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

m. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles et joindre les rapports des éventuels tests psychologiques effectués.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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