RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3119/2005 **ATAS/40/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème Chambre

du 18 janvier 2006

En la cause

Monsieur K_____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis
97, rue de Lyon, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK , Juges

EN FAIT

1. Monsieur K_____, ressortissant suisse par naturalisation depuis 1994 et né en 1962, est licencié en sciences économiques. En 1996, il a obtenu à Bâle un certificat de capacité de l'hôtellerie et de la gastronomie et a exercé ensuite la profession de gérant de restaurant pour divers établissements.

2. Du 1er avril 2001 au 30 septembre 2002 il était responsable exploitant du X_____ à raison de 15 heures de travail par semaine. Il a exercé la même activité pour Y_____, du 27 septembre 2000 au 30 novembre 2003, à raison de 6 heures par semaine, et pour le compte du restaurant Z_____, du 1er juillet 2002 au 29 février 2004. Depuis le 1er janvier 2004, il est à nouveau exploitant du X_____, à raison de 2 heures par jour environ.

3. Le 10 septembre 2002, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Il indiquait souffrir de dépression depuis 1995. Selon un certificat médical du 25 juin 2002 du Dr A_____, médecin traitant, le patient avait été totalement incapable de travailler depuis le 19 juin 2001 et en incapacité de travail de 75 % depuis le 21 mai 2002.

4. Dans un rapport du 11 octobre 2002, le Dr A_____ a confirmé les périodes d'incapacité de travail de son patient et indiqué qu'il disposait d'une capacité de travail de 50 % depuis le 23 juillet 2002. Ce médecin a diagnostiqué un état dépressif avec troubles du comportement, ainsi qu'un syndrome de déracinement socio-culturel. Le patient était suivi depuis 1995 par plusieurs psychiatres, suite à une agression, pour un état dépressif réactif, considéré comme syndrome de stress post traumatique. Il avait également des problèmes à s'intégrer en raison de difficultés comportementales. Cependant, une invalidité de 100 % ne pouvait lui être reconnue et la demande visait principalement à l'obtention d'une aide à la réintégration professionnelle. Le médecin proposait à l'OCAI de mettre en place un stage d'observation professionnelle.

5. Une évaluation du 25 octobre 2001 par le Dr B_____, psychiatre, était jointe au rapport du Dr A_____. Les événements motivant la consultation de ce psychiatre dataient de 1995. En week-end à Lugano avec une amie, la police, se trompant de personne, avait pénétré avec violence dans la chambre d'hôtel, puis menacé et frappé l'assuré. Ce dernier avait eu très peur, mais la plainte déposée n'avait pas abouti. Par la suite, il avait quitté son épouse suisse et s'était remarié. Trois enfants étaient issus de cette nouvelle union. Selon le Dr B_____, il manquait énormément de critères pour le diagnostic d'état de stress post traumatique et il s'agissait plutôt d'un processus d'invalidation.

6. Du 13 au 22 juin 2003, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana. Dans leur rapport du 9 juillet 2003, les Drs C_____ et D_____ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans somatisation, ainsi qu'un tabagisme chronique. Le séjour avait permis une amélioration de la thymie.

7. Dans un rapport du 7 octobre 2003, le Dr A_____ a indiqué à l'OCAI que l'état de santé du patient était stationnaire depuis octobre 2002 et que la compliance était bonne. Le médecin ne pensait pas que le patient pourrait retravailler à 100 %, mais il n'était pas exclu qu'une amélioration de l'état de santé puisse intervenir.

8. A la demande de l'OCAI, le Dr B_____ a procédé à une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'assuré pour le compte du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Genolier. Dans son rapport du 18 février 2004, ce médecin n'a posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a mentionné un processus d'invalidation probable sous forme de trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique grave, lequel était sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré avait beaucoup de plaintes, se sentait vite agressé, ce qui l'empêchait de travailler. Il donnait des réponses confuses et semblait mal comprendre les questions. Il n'existait pas d'état dépressif manifeste, ni d'anxiété claire. Il donnait l'impression d'exagérer ses plaintes et d'être pris dans un processus d'invalidation.

9. Constatant qu'il existait des divergences entre l'avis du Dr B_____ et ceux du Dr A_____ et de la Clinique de Montana, la Dresse E_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a décidé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique.

10. Le 6 décembre 2004, le Dr F_____, psychiatre du SMR, a rendu un rapport d'examen psychiatrique de l'assuré, dans lequel il a retenu un diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits interprétatifs et abandonniques. Ce psychiatre n'a pas mis en évidence de signes parlant pour un état de stress post traumatique. L'assuré recevait depuis 2001 un traitement de Seropram 20mg prescrit par le Dr A_____. Malgré ce traitement, l'évolution était défavorable. Les limitations fonctionnelles étaient une tristesse, une perte de l'élan vital, des insomnies, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie, une aboulie, ainsi qu'un retrait social. S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr F_____ déclarait s'écarter de l'avis du Dr B_____. En effet, l'assuré présentait une pathologie psychiatrique avérée, qui justifiait une incapacité de travail de 50 % depuis fin septembre 2000. Son activité actuelle était adaptée.

11. En date du 20 janvier 2004, la Dresse E_____ du SMR a indiqué que le rapport du Dr F_____ ne permettait pas de comprendre pour quelle raison il s'écartait des conclusions du Dr B_____. Le Dr F_____ n'ayant pas

voulu étayer son rapport, le dossier avait été transmis au Dr G_____, lequel avait constaté les mêmes discordances que la Dresse E_____. Pour cette raison, une nouvelle expertise psychiatrique a été demandée au Dr H_____.

12. Dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, le Dr H_____ a mentionné, dans l'anamnèse, que l'assuré a connu, après avoir quitté sa première épouse, une palestinienne qu'il a épousée en 2001. Trois enfants nés en 1997, 1999 et 2001 sont issus de leur union. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Il a mentionné qu'il existait un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F43.2). Ce trouble était à la limite inférieure du seuil diagnostique et était vraisemblablement présent de façon quasi continue depuis deux à trois ans, en raison de la réactivation continue des facteurs de stress. S'il y avait eu au départ des manifestations correspondant à un état de stress post traumatique, celles-ci s'étaient rapidement amendées, comme c'était d'ailleurs la règle. Les plaintes actuelles du patient parlaient contre un tel état et le psychiatre était formel sur ce point. L'ensemble de l'évaluation mettait en évidence des éléments dépressifs et anxieux qui étaient manifestement en rapport avec les difficultés existentielles actuelles. Il n'y avait pas de caractéristiques de trouble dépressif majeur. Si l'anxiété était présente, elle n'avait rien d'un trouble anxieux spécifique.

    On se trouvait donc face à un trouble psychique de peu de gravité qui n'avait pas de valeur invalidante. Cette appréciation était d'ailleurs argumentée par le mode de vie de l'assuré qui restait actif, faisait du sport, maintenait un réseau social adéquat et se débrouillait dans la vie de tous les jours. Il y avait certainement de l'impulsivité et une démonstrativité sortant un peu des normes, mais on ne pouvait l'assimiler à un trouble de la personnalité. Le sujet se trouvait dans une situation existentielle difficile depuis plusieurs années et manifestait une tendance à déléguer aux autres et à la société en général une partie de ses propres responsabilités, ce qui avait fait noter des traits de personnalité dépendante. Tout cela pouvait parler en faveur d'un trouble de l'adaptation avec sa symptomatologie anxieuse et dépressive, même si l'on était à la limite inférieure du seuil diagnostique. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique. L'expertisé était certainement capable de reprendre son activité professionnelle antérieure, le contexte existentiel ne relevant pas de la maladie. Il n'y avait pas d'autres mesures médicales ou professionnelles à proposer, le suivi actuel paraissant optimal.

13. Dans un avis médical du 1er juin 2005, la Dresse E_____ du SMR a constaté que le Dr H_____ ne retenait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante, tout comme le Dr B_____, et expliquait pour quelle raison il s'écartait des conclusions du Dr F_____. L'expertise ayant discuté tous les points de discordance dans ce dossier, il y avait lieu de la considérer comme probante et d'en retenir les conclusions. Hormis une incapacité de travail passagère de trois à quatre

mois après l'incident survenu au Tessin, la capacité de travail avait toujours été entière.

14. Par décision du 10 juin 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assuré pour le motif qu'aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie pour l'assurance-invalidité n'avait été diagnostiquée.

15. Par courrier du 1er juillet 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision et a conclu à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée. Il relevait être incapable de travailler à 50 % au moins, en raison d'un état de dépression grave et se basait sur un certificat médical de son médecin traitant du 17 juin 2005. Selon ce dernier, le patient souffrait d'un état dépressif chronique depuis le 19 juin 2001, qui n'avait pas pu être amélioré malgré de multiples traitements et une hospitalisation en clinique. Le médecin traitant ajoutait qu'une expertise psychiatrique indépendante était souhaitée.

16. Dans un avis médical du 17 août 2005, la Dresse E_____ du SMR a mentionné que le certificat médical présenté émanait d'un spécialiste en médecine interne et non d'un psychiatre. Par ailleurs, ce document n'amenait aucun élément nouveau depuis la décision contestée. L'expertise du Dr H_____ était convaincante et concordait avec l'avis du Dr B_____.

17. Par décision sur opposition du 19 août 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale, en se fondant sur les expertises des Dr B_____ et H_____ qui devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

18. Par acte du 6 septembre 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. A l'appui de sa demande, il a produit un certificat médical du Dr A_____ du 30 août 2005, ainsi qu'un certificat du 2 septembre 2005 du Dr I_____, médecin-chef de la consultation psychiatrique pour adultes de la Jonction, laquelle dépend de l'Hôpital cantonal.

    Selon le Dr A_____, il existait un état dépressif de longue date qui s'était aggravé en 2005 et qui avait motivé une hospitalisation en urgence. Cet état dépressif persistait et nécessitait un suivi régulier.

    Le Dr I_____ a indiqué que l'assuré était suivi depuis le 11 août 2005 en raison d'un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était sévère et chronique. Celui-ci souffrait également d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et son état nécessitait un suivi psychiatrique régulier.

19. Dans sa réponse du 6 octobre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. La date exacte à laquelle avait eu lieu l'hospitalisation dont faisait état le Dr A_____ n'était pas mentionnée, de sorte qu'il était impossible de savoir si elle était

antérieure ou postérieure à la décision sur opposition. Le type d'hospitalisation (volontaire ou non) n'était pas non plus indiqué.

20. Le 10 octobre 2005, cette écriture a été transmise au recourant par le Tribunal de céans, lequel a gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions en particulier dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règle de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b).

   En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le point litigieux porte sur le droit à une rente d'invalidité du recourant. Celui-ci fait essentiellement grief à l'administration d'avoir écarté les avis de son médecin traitant et du Dr F_____ au profit des expertises des Dr H_____ et B_____.

6. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien 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, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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.

   En outre, au sujet 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est

toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 25 octobre 2002 en la cause I 205/04).

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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   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 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).

8. En l'espèce, le dossier contient les expertises des Drs B_____, F_____ et H_____, ainsi que des certificats médicaux des Drs A_____, I_____ et de la Clinique genevoise de Montana.

   Dans un premier temps, le recourant a été examiné par le Dr B_____, psychiatre au COMAI de Genolier, en date des 16 octobre 2001 et 14 janvier 2004. Suite à la consultation de 2001, ce médecin a conclu qu'il manquait énormément de critères pour le diagnostic d'état de stress post traumatique et qu'il s'agissait plutôt d'un processus d'invalidation. Il n'a pas posé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de gain. De même, dans son rapport du 18 février 2004, ce spécialiste a mentionné un processus d'invalidation probable sous forme de trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique grave, lequel était sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait beaucoup et se sentait vite agressé. Il n'existait pas d'état dépressif manifeste, ni d'anxiété claire et le patient donnait l'impression d'exagérer ses plaintes et d'être pris dans un processus d'invalidation.

   En septembre 2004, le Dr F_____, psychiatre au SMR, a également examiné l'assuré et a retenu un diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits interprétatifs et abandonniques. Comme le Dr B_____, il a écarté le diagnostic d'état de stress post traumatique. Les limitations fonctionnelles étaient une tristesse, une perte de l'élan vital, des insomnies, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie, une aboulie, ainsi qu'un retrait social. S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr F_____ déclarait s'écarter de l'avis du Dr B_____ en raison d'une pathologie psychiatrique avérée qui justifiait une incapacité de travail de 50 % depuis fin septembre 2000.

   Ces deux rapports, bien que basés sur des constatations identiques, parviennent à des conclusions différentes, notamment en termes de capacité de travail. Il sied dès lors d'examiner avec une plus grande attention le rapport rédigé par le Dr H_____, lequel tient compte des deux précédents et en fait la synthèse.

   Selon le rapport du ce médecin du 25 février 2005, aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail ne pouvait être retenu. Il existait un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F43.2), mais ce trouble était à la limite inférieure du seuil diagnostique. Tout comme les deux autres spécialistes l'ayant précédé, le Dr H_____ a formellement écarté un éventuel état de stress post traumatique. L'ensemble de l'évaluation faisait admettre des éléments dépressifs et anxieux en rapport avec les difficultés existentielles actuelles. Il n'y avait pas de caractéristiques de trouble dépressif majeur ni de trouble anxieux spécifique.

On se trouvait donc face à un trouble psychique de peu de gravité qui n'avait pas de valeur invalidante. Le sujet se trouvait dans une situation existentielle difficile depuis plusieurs années et manifestait une tendance à déléguer sur les autres et à la société en général une partie de ses propres responsabilités, ce qui avait fait noter des traits de personnalité dépendante. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail lié à une maladie psychiatrique. L'expertisé était certainement capable de reprendre son activité professionnelle antérieure, le contexte existentiel ne relevant pas de la maladie.

Le Dr H_____ a procédé à un examen psychiatrique complet de l'assuré et s'est appuyé sur l'entier de son dossier médical, notamment les rapports des psychiatres l'ayant examiné auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son expertise se fonde sur un dossier bien étayé. Une anamnèse a été réalisée et le patient a été entendu. Le rapport est circonstancié et ses conclusions sont claires. Le rapport se base sur l'anamnèse, les antécédents récents, les plaintes actuelles, l'observation, la discussion et les réponses aux questions de l'OCAI. En particulier, le Dr H_____ explique de manière convaincante pour quelle raison il ne retient pas de trouble ayant valeur invalidante. Ainsi, la distinction est clairement faite entre le diagnostic médical qui pourrait entraîner une diminution de la capacité de travail et l'influence des facteurs socioculturels. L'expert justifie l'importance donnée à ces facteurs dans le cas du recourant et pourquoi le diagnostic médical est insuffisant pas pour admettre une incapacité de travail.

Au vu de la jurisprudence, une pleine valeur probante peut dès lors être accordée au rapport d'expertise du Dr H_____. Le fait que ce rapport aille dans le sens de l'appréciation du Dr B_____, qui est le seul expert à avoir examiné le recourant à deux reprises en 2001 et 2004, en renforce les conclusions.

Quant au rapport du Dr F_____, il n'explique pas pourquoi, même en admettant que le recourant souffre d'un trouble dépressif et anxieux, ce dernier ne pourrait pas empêcher une diminution de la capacité de travail en faisant preuve de bonne volonté, alors qu'il trouve la force de faire du sport (fitness 2 fois par semaine), de s'occuper de ses enfants, de conduire et d'entretenir un réseau social adéquat, comme le relève le Dr H_____. Il sied de rappeler à cet égard, conformément à ce qui a été exposé ci-dessus, qu'il ne suffit pas d'être atteint dans sa santé psychique pour conclure à une capacité de travail restreinte. Par ailleurs, bon nombre de personnes souffrant d'un trouble dépressif chronique travaillent à temps complet.

Cela étant, le Tribunal de céans se rallie au rapport d'expertise du Dr H_____ pour exclure une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, tout en admettant une fragilité psychique du recourant.

Certes, celui-ci a fait état, dans la présente procédure, d'une aggravation de son état de santé à compter du mois d'août 2005 et a produit, à l'appui de ses dires, deux

certificats médicaux, selon lesquels il a été hospitalisé en urgence en août 2005 à l'Hôpital universitaire de Genève (HUG) et est suivi depuis le 11 août 2005 au programme dépression de la consultation psychiatrique pour adultes de la Jonction qui dépend du département de psychiatrie des HUG. Le Dr I_____ de cette consultation certifie en outre le 30 août 2005 que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est sévère et chronique, ainsi que d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Son état nécessite un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique régulier, selon ce médecin.

Cependant, rien n'indique qu'il ne s'agit pas d'une décompensation passagère et que le recourant ne récupérera pas par la suite une santé psychique compatible avec l'exercice d'une activité lucrative supérieure à 60% (un taux d'invalidité inférieur n'ouvrant aucun droit à une rente), éventuellement avec l'aide d'un traitement médicamenteux. Cette aggravation ne met ainsi pas en doute les conclusions des rapports d'expertise des Drs H_____ et B_____. Il sied à cet égard de relever que le recourant aura toujours la possibilité de déposer par la suite une demande de révision, en cas d'aggravation durable de son état de santé survenue après la notification de la décision sur opposition dont est recours.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera 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).

La greffière :	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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