REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3283/2006 **ATAS/428/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 17 avril 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , LES ACACIAS - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine KOEPPEL, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 1955, d'origine croate, en Suisse depuis 1989, travaillait comme ouvrier du bâtiment au service de la société X_____ SA.

2. Il a été victime d'un accident du travail le 21 février 1996, chutant sur le coude droit. Le médecin de la permanence VERMONT GRAND-PRE a posé le diagnostic de fracture de la tête radiale et indiqué que le patient présentait des craquements intra-articulaires et des douleurs au niveau du coude. Une imagerie par résonance magnétique effectuée le 30 avril 1996 a révélé que l'assuré souffrait d'une fracture intra-articulaire de la tête radiale avec une diastase et discrète bascule du fragment antérieurement provoquant une image en "marches d'escalier", ainsi que d'un important épanchement intra-articulaire.

3. L'assuré a déposé le 10 septembre 1996 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement, précisant avoir subi des fractures diverses au bras gauche.

4. L'assuré a effectué un séjour à "établissement hospitalier" du 7 août au 13 septembre 1996. Il a été constaté qu'il ne pouvait plus effectuer de lourds travaux dans le bâtiment mais que des travaux industriels légers, par exemple le montage de petits appareils, seraient encore possible (rapport de sortie du 2 octobre 1996).

   Le Dr. A_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a dans un rapport du 30 octobre 1996, considéré qu'il convenait de privilégier les professions ne demandant pas de lever les bras au-dessus de l'horizontale, n'imposant pas le lever de lourdes charges ni des travaux répétitifs. Il a confirmé que des travaux industriels légers dans le montage d'appareils pourraient parfaitement lui convenir et que dans une profession adaptée à son handicap la capacité de travail était complète en temps et en rendement.

5. Par décision du 20 février 1998, l'OCAI lui a alloué une rente entière d'invalidité dès le 1er février 1997, assortie de rentes complémentaires pour épouse et enfants.

6. Pour faire suite à un rapport établi le 25 mars 1998 à l'issue d'un stage OSER d'une durée de trois mois, une formation pratique d'aide-mécanicien dans l'atelier de mécanique Y_____ a été prise en charge par l'OCAI du 5 avril au 4 juillet 1998. La rente AI a été remplacée durant cette période par le versement d'indemnités journalières, puis supprimée.

7. L'assuré a déposé une nouvelle demande de rente AI le 13 janvier 2004.

8. Interrogé par l'OCAI, le responsable de l'atelier Y_____ a précisé, le 9 mars 2004, que l'assuré avait travaillé du 1er août 1998 au 31 mai 2003 en qualité d'aide d'atelier à plein temps et que le contrat avait été résilié pour des raisons économiques.

9. Dans un rapport du 23 mars 2004, le Dr B_____ de la permanence VERMONT-GRAND-PRE a indiqué que son patient souffrait de lombalgies invalidantes sur la base d'une discopathie protrusive étagée, d'une arthrose huméro-cubitale gauche invalidante post-traumatique, d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome vertigineux récidivant d'origine inconnue. Il a également posé, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de diabète mellite, de pancréatite chronique et d'un status post-ampullome (tumeur de la tête du pancréas) et duodénopancréatectomie céphalique. Il a estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% du 27 septembre au 11 décembre 2002, à 50% du 12 décembre 2002 au 6 avril 2003 et à 100% depuis le 7 avril 2003.

   De l'IRM lombaire pratiquée le 31 octobre 2002, il résulte une discopathie protrusive marquée en L4-L5 asymétrique à droite, avec rétrécissement de calibre du canal lombaire de type mixte, ainsi qu'une discopathie protrusive débutante L1-L2 et L5-S1. En revanche une hernie discale constituée n'a pas été mise en évidence.

   Le Dr B_____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant ainsi que toute autre activité n'étaient plus exigibles, en raison des importantes comorbidités.

10. Dans un rapport du 16 mai 2004, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2003 et divers problèmes somatiques (rhumatologique, diabète, etc) depuis 2001. Selon lui l'assuré présente une incapacité de travail de 50% s'agissant uniquement des troubles psychiques, depuis le 10 novembre 2003, date correspondant au début de sa prise en charge du patient. Il considère que le pronostic est réservé.

11. Un rapport d'expertise pluridisciplinaire a été établi le 30 septembre 2005 par le Dr D_____ du Centre d'expertise médicale (COMAI). Ont été retenus, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile, un état dépressif moyen avec syndrome somatique actuellement en rémission incomplète, arthrose post-traumatique du coude gauche avec déficit d'extension et de pronation, tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, lombalgies chroniques L4-L5 modérées et arthrose étagée débutante et raccourcissement musculaire, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète sucré non insulino-dépendant et une hypertension artérielle.

Selon les experts, même si subjectivement l'assuré pense qu'il ne peut plus exercer sa profession, cliniquement il n'existe qu'une diminution discrète de la mobilité de l'épaule et du coude gauche. Par ailleurs, même si les lombalgies gênent la mobilité, son activité déjà adaptée n'en sera pas entravée. La capacité résiduelle de travail dans son poste adapté du point de vue somatique est ainsi entière. Elle est en revanche actuellement diminuée en raison de son trouble psychique, étant précisé qu'une réinsertion aurait très probablement des valeurs thérapeutiques. Les experts ont à cet égard déploré qu'il n'y ait plus de suivi psychiatrique, considérant l'assuré comme insuffisamment traité. Ils ont expliqué qu'ils n'avaient pas diagnostiqué de trouble somatoforme douloureux du fait que la majorité des symptômes était attribuée à des facteurs non médicaux.

Ils en ont conclu que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à raison de quatre heures par jour actuellement et ce depuis fin 2002 et ont à cet égard relevé que si l'assuré n'avait pas perdu son emploi en 2003 pour des raisons économiques, il travaillerait encore aujourd'hui en tout cas à mi-temps. Ils considèrent qu'à moyen et à long terme, la capacité de travail de l'assuré pourrait être évaluée à 80-100 % si une prise en charge psychiatrique était assurée et si sa place de travail était adaptée à ses troubles dorsaux (principes d'ergonomie du dos).

12. Invité par le Dr E_____ du Service médical régional AI (SMR) à compléter son rapport d'expertise, le Dr D_____ a expliqué le 27 mars 2006 que l'experte psychiatre qui avait participé à l'expertise n'était plus à sa disposition, qu'il avait dès lors été contraint de demander une nouvelle appréciation psychiatrique au Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Ce médecin a ainsi relevé le 7 février 2006 que:

"selon les information des médecins somatique, il y a une discordance entre les symptômes présentés par la personne assurée et la pathologie somatique, mais on constate qu'à cause des angoisses et de ses occupations, la personne assurée est mentalement fixée sur la maladie corporelle et perçoit pour cette raison ces douleurs et ces problèmes gastriques. Mais elle ne montre pas un trouble psychiatrique majeur qui peut expliquer ces troubles psychiques comme une maladie de type hypocondrie, dépression et troubles de la personnalité. (…) La personne assurée ne montre aucun signe de dépression dans l'examen psychiatrique. (…) La perturbation de sommeil doit être interprétée comme une angoisse du sommeil. En effet, avant de s'endormir, elle a l'impression qu'elle va tomber dans un gouffre et ça l'angoisse. La diminution de l'appétit doit être vue sous la problématique somatique de la personne expertisée. Elle ne montre pas non plus les troubles somatiques de la dépression comme une diminution de l'intérêt (elle sort, fait des activités), ni un manque de réactivité émotionnelle à l'examen, ni des objectifs en faveur d'un ralentissement, ni d'une perte d'appétit et d'une perte de poids. (…) La personne assurée ne montre pas de signe de trouble de la personnalité. (…)"

Compte tenu du fait que deux appréciations psychiatriques différentes étaient produites, le Dr D_____ s'est efforcé d'en établir la synthèse. S'agissant du diagnostic d'état dépressif moyen en rémission incomplète, l'expert constate que cet état dépressif est à présent entré en rémission complète, les symptômes résiduels ayant disparu entre le 30 septembre 2005, date du premier rapport, et le 7 février 2006, date du rapport du Dr F_____. Il considère en revanche que le deuxième diagnostic, celui du trouble de la personnalité de type émotionnellement labile soulève davantage de discussions dans la mesure où un tel trouble n'évolue généralement plus à l'âge adulte. Il relève cependant que quoi qu'il en soit un tel trouble s'il existe n'affecte pas la capacité de travail lorsque l'assuré est déjà intégré dans un poste de travail.

Concernant la question quantitative de la capacité de travail posée par le Dr E_____, l'expert apporte les réponses suivantes, sur la base de la nouvelle appréciation psychiatrique:

- la labilité émotionnelle peut donner lieu à des conflits au sein d'une équipe; l'état dépressif antérieurement décrit est entré en rémission complète et ne constitue plus de limitation,

- la capacité résiduelle de travail dans son poste adapté est entière,

- l'assuré est apte à travailler à plein temps dans l'activité exercée jusqu'ici,

- il y a une diminution du rendement de l'ordre de 20% en raison de l'atteinte respectivement des douleurs du coude et de l'épaule gauches qui ralentissent la vitesse d'exécution.

L'expert a encore précisé que l'amélioration de thymie, et par voie de conséquence, de la capacité de travail, s'est poursuivie en 2005 et entre leurs deux appréciations psychiatriques de juin 2005 et février 2006, jusqu'à atteindre le taux de 100%. Du point de vue somatique, la capacité de travail dans l'activité adaptée de mécanicien de précision est depuis toujours entière, hormis lors d'épisodes de maladie aiguë.

13. Dans une note non signée du 24 avril 2006, le Dr E_____ a ainsi constaté que selon l'expertise, une capacité de travail entière avec une baisse de 20% de rendement possible dans l'activité antérieure devait être retenue. Le Dr E_____ a exclu le trouble de la personnalité évoqué dans l'expertise de septembre 2005, au motif que les critères diagnostiques ne sont pas présents et que le status psychiatrique stipule "pas de notion de passage auto ou hétéro-agressif". Il rappelle par ailleurs que la majoration des plaintes de l'assuré était attribuée dans l'expertise de septembre 2005 à des facteurs non médicaux. Aussi le Dr E_____ résume-t-il la situation comme suit:

    - atteinte principale à la santé: arthrose post-traumatique du coude gauche avec déficit d'extension et de pronation,

- capacité de travail: 100% avec une baisse de rendement de 20% comme aide dans un atelier de mécanique de précision,

- limitations fonctionnelles: pas de levage de charges lourdes au-delà de la taille, pas de mouvements répétitifs du coude gauche.

14. Par décision du 3 mai 2006, l'OCAI a rejeté la demande de mesures professionnelles de reclassement et de rente, étant précisé qu'il était prêt à étudier la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement sur demande écrite et motivée. Il a motivé son refus par le fait que depuis 1996 l'assuré ne présente aucune nouvelle pathologie somatique ou psychique de nature invalidante, que l'atteinte au coude gauche et les limitations en découlant connues depuis 1996 ont déjà fait l'objet d'un reclassement professionnel dans l'activité d'aide d'atelier en mécanique qui reste exigible à 100%.

15. Le 15 février 2005, le Dr B_____ a précisé que la première incapacité de travail du 9 juillet 2001 au 28 février 2002 ainsi que la seconde dès le 27 septembre 2002 concernaient l'affection du pancréas, qu'à partir du 30 octobre 2002 cependant, la pathologie prédominante était son affection au niveau de la colonne lombaire, qui du reste constitue la raison principale de sa demande AI.

16. L'assuré, représenté par Maître Gilbert BRATSCHI, a formé opposition le 31 mai 2006, alléguant que son degré d'invalidité était en réalité de 70% au moins et partant ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité. Il a complété son opposition le 12 juillet 2006.

17. Par décision du 26 juillet 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il se fonde sur l'examen effectué par le COMAI, dont il n'y a pas de motif sérieux de s'écarter.

18. L'assuré a interjeté recours le 11 septembre 2006 contre ladite décision sur opposition. Il se fonde sur les rapports de ses médecins traitants, les Drs B_____ et C_____, selon lesquels son incapacité de travail est entière. Il s'étonne à cet égard que le Dr D_____ ait pu dire que le psychiatre traitant n'évaluait qu'à 50% l'incapacité de travail dès novembre 2003. Cette erreur porte sur un point particulièrement déterminant puisqu'il s'agit du taux d'incapacité de travail, l'assuré se demande dès lors si l'on peut fonder son appréciation sur une expertise affectée d'un vice aussi important. Il conclut préalablement à son audition, principalement à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

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

20. Ce courrier 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, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 3 mai 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

   En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

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

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances

sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

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).

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).

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

Enfin, 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).

9. En l'espèce, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation et a ainsi pu travailler en qualité d'aide d'atelier mécanicien à plein temps dans l'atelier DC CAGNON du 1er août 1998 au 31 mai 2003, date à laquelle il a été licencié pour des raisons économiques.

Il y a lieu de constater qu'il a été mis en arrêt de travail par son médecin traitant à 100% du 27 septembre au 11 décembre 2002, en raison d'une affection au pancréas, puis à 50% du 12 décembre 2002 au 6 avril 2003 et à 100% depuis le 7 avril 2003, principalement en raison de ses lombalgies. Selon le Dr B_____, c'est cette dernière pathologie qui constitue la raison principale de sa demande AI.

Force toutefois est de souligner que selon le Dr B_____ lui-même, l'assuré souffrait de ses lombalgies depuis 2002 déjà. C'est ainsi qu'elles ont été constatées par le Dr D_____, dans son expertise du 30 septembre 2005. Il parle en effet de lombalgies chroniques L4-L5 modérées et d'une arthrose étagée débutante et

raccourcissement musculaire. Or, même si celles-ci gênent la mobilité, la capacité résiduelle de travail dans un poste adapté du point de vue somatique reste entière.

Il sied à ce stade de constater que le rapport du Dr D_____ du 30 septembre 2005, ainsi que son complément du 27 mars 2006 se fondent sur un examen clinique complet et prennent en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est déterminé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. En conséquence il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 coinsid. 3a).

Le Tribunal renonce dès lors à ordonner la comparution personnelle des parties, les documents médicaux figurants dans le dossier lui suffisant pour se prononcer.

10. Le Dr C_____, dans son rapport du 16 mai 2004 a estimé, ainsi que le Dr D_____ l'a relevé et bien que l'assuré soutienne le contraire, que son patient était incapable de travailler à 50% depuis le 10 novembre 2003, date depuis laquelle celui-ci l'avait consulté, au motif qu'il souffrait d'un épisode dépressif moyen. Lors du premier rapport d'expertise psychiatrique, soit en septembre 2005, l'état dépressif dont souffrait l'assuré avait également été qualifié de moyen avec syndrome somatique. Il avait été précisé qu'il était actuellement en rémission incomplète. Lors du complément d'expertise réalisé en février 2006, il a cependant été constaté que les symptômes résiduels de l'état dépressif avaient disparu. Quant au trouble de la personnalité de type émotionnellement labile observé en septembre 2005, mais nié en février 2006, il n'affectait pas selon le Dr D_____ la capacité de travail lorsque l'assuré est déjà intégré dans un poste de travail.

11. C'est ainsi à juste titre que l'OCAI s'est fondé sur l'expertise et son complément pour conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20%.

Aussi la décision du 3 mai 2006, confirmée sur opposition le 26 juillet 2006 doit-elle être confirmée, étant rappelé à l'assuré que l'OCAI est prêt à mettre en œuvre une aide au placement.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.

4. 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