

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3505/2007

ATAS/1505/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 30 novembre 2009

En la cause

Monsieur **G**_____, domicilié à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, a été employé de bureau auprès de X _____ jusqu'en 1998. En 1992, il a été victime d'un accident de la circulation qui lui a occasionné des fractures des apophyses transverses gauches L2-L3. Bien que souffrant depuis lors de cervicalgies et de lombalgies chroniques, l'assuré a pu reprendre son activité professionnelle et la poursuivre jusqu'au 7 juillet 1999, date à compter de laquelle il a été en arrêt de travail.
2. Le 16 mars 2000, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI).
3. Dans un rapport établi le 23 septembre 1999, les Drs L _____, M _____ et N _____, du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital cantonal, ont posé les diagnostics de cervicalgies, dorso-lombalgies et status post-fracture des apophyses transverses de L2, L3 et L4 en 1992. Il ressort de ce document que le patient décrivait des lombalgies chroniques présentes depuis l'accident avec une extension de ces douleurs au rachis cervical courant 1999. Les médecins ont constaté qu'anamnésiquement, le bilan radiologique et biologique n'avait mis aucune pathologie spécifique en évidence. Les médecins ont émis l'hypothèse d'un possible syndrome de stress post-traumatique ou d'une dépression anxieuse sous-jacente.
4. Le 7 janvier 2002, le Dr O _____ a établi un rapport retenant les diagnostics de lombalgie chronique depuis 1992 et de cervicalgie chronique depuis 1999. Il explique que les cervicalgies se sont accentuées au début de l'année 1999, sans raison apparente, que les investigations radiologiques n'ont rien révélé de particulier, que les divers traitements entrepris, tant sur le plan physique que médicamenteux n'ont jamais apporté d'amélioration notable et que les douleurs se sont depuis lors aggravées, résistant à tous traitements. Le status neurologique a été décrit comme normal. Les propositions thérapeutiques émises à l'époque sous forme de rééducation active intensive en milieu spécialisé et de traitement antidépresseur ont été refusés par le patient. Le médecin a émis un pronostic incertain en raison de l'attitude du patient mais a indiqué l'avoir jugé apte à l'emploi pour une activité à plein temps dans un domaine administratif avant que la relation thérapeutique ne soit rompue.
5. Madame H _____, neuropsychologue, a procédé à un examen neuropsychologique qui a mis en évidence un investissement et une collaboration limités chez un patient défensif. Elle a précisé que l'importance des répercussions des douleurs sur le comportement et la probable souffrance thymique du patient rendaient difficile l'interprétation des données neuropsychologiques (cf. rapport en date du 20 juin 2002).

6. Le Dr P_____, médecin-adjoint de la division de rhumatologie de l'hôpital cantonal, a établi un rapport en date du 24 juillet 2002. Lui aussi a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies et lombosciatalgies chroniques. Le médecin a mentionné un certain isolement social et des signes d'état dépressif dont il a jugé qu'ils jouaient un rôle dans le ressenti des douleurs et dans la prise en charge du patient, lequel avait refusé ou mis en échec la plupart des traitements. Le médecin a préconisé de rétablir une relation de confiance et d'essayer de creuser le très probable état anxiodépressif en envisageant des traitements médicamenteux et/ou cognitivo-comportementaux. Il a émis un pronostic défavorable eu égard à la longueur de l'arrêt de travail, tout en précisant qu'il lui semblait tout de même difficile de renoncer à remettre dans le circuit professionnel un patient aussi jeune, qu'une reprise du travail à 50% au moins lui paraissait possible compte tenu de la profession exercée.

7. Les Drs Q_____ et R_____, de la policlinique de médecine de l'hôpital cantonal ont adressé un rapport au médecin-conseil de l'OCAI en date du 5 août 2002 dans lequel ils ont conclu à une incapacité de travail de 50% en raison de l'affection rhumatologique à proprement parler et de 100% au vu de la comorbidité psychiatrique. Ils ont précisé que toutes les thérapies actives telles que physiothérapie en piscine, technique du Trigger point, acupuncture et physiothérapie s'étaient révélées inefficaces et que le patient refusait un avis ou un éventuel soutien psychologique. Seuls les anti-inflammatoires entraînaient un soulagement transitoire. Une consultation psychiatrique a été préconisée. Les médecins ont émis un pronostic défavorable à long terme au vu de la mise en échec quasi systématique de toutes les propositions thérapeutiques. Ils ont préconisé une prise en charge de l'état anxio-dépressif et un reconditionnement global avant une reprise éventuelle de son activité professionnelle.

8. Dans un rapport daté du 27 juin 2003, le Dr P_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et conclu à une totale incapacité de travail depuis 1999. Il a noté que tous les points de fibromyalgie étaient positifs avec une extension des zones douloureuses et des mouvements de retrait importants. Il a précisé qu'il était vraisemblable que les cervico-brachialgies et lombosciatalgies consécutives à l'accident soient influencées par un certain degré d'état dépressif avec isolement social et par un sentiment de non-reconnaissance des douleurs par le corps médical. Vu la longueur de l'arrêt de travail, le médecin s'est montré extrêmement pessimiste sur une possible reprise professionnelle à temps plein mais il a répété qu'il lui paraissait difficile de renoncer à essayer de remettre le patient dans le circuit professionnel. Il a estimé que sur le plan physique, la profession exercée auparavant par le patient était bien adaptée mais a souligné ce dernier mettait en avant une difficulté à se concentrer. Le médecin a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée telle que celle précédemment exercée à raison de 4 heures par jour, à condition que cela ne requière pas une concentration trop importante.

9. Le dossier a été soumis au Dr S_____, du Service médical régional de l'AI (SMR) qui, dans un avis du 29 août 2003 a fait le commentaire suivant : "Le Dr P_____ se fout de nous!". Il ressort de ce document que le Dr S_____ fait grief au Dr P_____ d'avoir établi un rapport conforme à celui qu'il avait rédigé en juillet 2002. Le médecin du SMR a suggéré une expertise psychiatrique.
10. Le dossier a ainsi été confié au Dr T_____, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 10 août 2004, sur la base du dossier mis à sa disposition, de trois consultations et d'un entretien téléphonique avec un médecin de la policlinique de médecine.

Les diagnostics suivants ont été retenus : syndrome douloureux somatoforme persistant, status post fracture des apophyses transverses, lombalgies chroniques depuis 1992, cervicalgie depuis 1999, intervention chirurgicale pour fracture du scaphoïde en 1992, sub-luxation dorsale basse du 2ème métacarpien en janvier 2001 et cure de pseudarthrose du scaphoïde droit en janvier 2001.

Sur le plan psychique et mental, il a été relevé que l'assuré se plaignait d'un manque de concentration en lien avec les douleurs et que ce manque a semblé pouvoir être confirmé par la difficulté à passer un examen neuropsychologique. Il a été noté que le patient montrait une irritabilité et un manque de patience qu'il met sur le compte de ses insomnies et de ses douleurs et qui n'est pas compatible avec une activité professionnelle nécessitant des contacts avec autrui.

Sur le plan social, il a été relevé que l'assuré, très centré sur ses douleurs, avait des difficultés à maintenir ses relations avec autrui, ce qui s'était traduit par une réduction de son réseau social.

L'expert a relevé que, selon l'avis du Dr P_____, l'assuré pourrait travailler à 50%. Aux raisons invoquées par ce médecin, il a indiqué que s'ajoutaient les conséquences de la symptomatologie psychique décrite ainsi que le manque de motivation de l'assuré pouvant être en lien avec une symptomatologie dépressive. Le Dr T_____ en a tiré la conclusion que la capacité résiduelle de travail devait être considérée comme nulle depuis 1999. Il a été relevé qu'après moins d'une heure d'entretien, l'assuré montrait des signes d'impatience et d'irritabilité, ne pouvait plus conserver la même position et perdait sa concentration. Le médecin a émis l'avis qu'il serait difficile à l'assuré de rester aimable avec ses clients et d'avoir la patience et la concentration nécessaires pour répondre à leurs questions, leur donner des explications claires et détaillées dans le cadre d'une discussion soutenue.

11. Le dossier a été soumis pour avis au Dr U_____, médecin-conseil de l'Office AI du Valais, qui a relevé qu'à son avis, les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant au TSD n'étaient pas réunies. Il a fait grief à l'expertise du Dr T_____ d'être lacunaire et les renseignements médicaux guère convaincants.

Il a émis l'avis qu'une incapacité totale de travail était surfaite, que le médecin ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans un autre emploi.

12. L'assuré a alors été adressé à la policlinique médicale universitaire de Lausanne pour expertise pluridisciplinaire. Du rapport rendu en date du 31 mars 2006, sur la base du dossier, de trois examens, d'un consilium de psychiatrie et d'un consilium de rhumatologie, il ressort que les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des Drs V_____, interniste, W_____, neurologue, A_____, rhumatologue, et B_____, psychiatre.

Sur le plan psychique, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité à traits narcissiques ont été retenus. Selon les médecins, tout le champ psychique est rétréci et centré sur les douleurs comme si l'assuré ne pouvait trouver d'autre identité que celle de victime. Il a été indiqué que ces éléments devaient être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de cervicolombalgies chroniques non spécifiques a été retenu. En l'absence de mise en évidence d'infections inflammatoire, tumorale ou neurocompressive, la capacité de travail en tant que conseiller en assurance ou employé de commerce ou tout autre profession exigeant des sollicitations physiques semblables, a été jugée complète du point de vue strictement rhumatologique.

Globalement, en tenant compte des aspects neurologiques, rhumatologiques et psychiatriques, les experts ont considéré que, d'un point de vue médical, la capacité de travail de l'assuré était fortement amoindrie dans tous les domaines professionnels. Compte tenu de la variabilité de l'expression des symptômes, ils ont suggéré une enquête sociale pour corroborer les limitations alléguées dans son quotidien. Ils ont estimé qu'une activité paraissait tout de même exigible à un taux partiel de l'ordre de 50% dans une activité de type administratif.

Les médecins ont précisé qu'il n'y avait pas d'affection corporelle chronique en dehors du syndrome douloureux somatoforme. Sur le plan social, ils ont relevé une diminution certaine de l'insertion de l'assuré dont ils ont toutefois admis qu'il était difficile d'affirmer qu'elle touchait l'entier de son fonctionnement. Il a été relevé que l'assuré n'avait pas adhéré aux propositions de séjours de rééducation et de traitements aux antidépresseurs qui lui avaient été faites en 2002 mais qui n'avaient désormais plus lieu d'être au vu de la chronicisation de la situation.

D'un point de vue médical, les médecins ont donc conclu à une incapacité de travail de l'ordre de 50%.

13. Le SMR a relevé que les deux expertises concordaient quant aux diagnostics et à l'absence de trouble psychiatrique majeurs. Il n'a cependant pas adhéré à leurs conclusions quant à la capacité de travail de l'intéressé mais estimé qu'au vu des

renseignements médicaux, il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante selon les critères posés par la jurisprudence.

14. Le 13 avril 2007, un projet de décision a été communiqué à l'assuré aux termes duquel le droit à des prestations lui serait nié, au motif qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante.
15. Le 14 juin 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet en reprochant à l'OCAI de s'écarter des conclusions des expertises.
16. L'OCAI, par décision formelle du 17 août 2007, a rejeté la demande de prestations.

L'OCAI a expliqué s'être écarté de l'expertise du Dr T_____ parce que ce dernier avait conclu à une totale incapacité de travail, malgré l'absence de comorbidité psychiatrique, d'état anxieux ou de signes de la lignée psychotique, ce qui était contraire à ce qu'impose la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux.

L'OCAI s'est dès lors basé sur le rapport de la policlinique médicale universitaire de Lausanne dont il ressort que l'assuré ne présente aucune atteinte neurologique ou rhumatologique limitant sa capacité de travail comme agent d'assurance ou dans tout autre emploi. A la lecture du compte-rendu de l'examen psychiatrique, l'OCAI a estimé qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour être prise en compte puisque l'assuré ne montrait ni trouble formel de la pensée, ni anhédonie, ni aboulie, ni tristesse, ni idées suicidaires ou sentiment de culpabilité. L'OCAI a par ailleurs considéré que l'assuré n'avait pas épuisé ses ressources adaptatives, qu'il ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie – puisqu'il était en mesure de promener le chien de sa mère chaque après-midi et de se rendre en ville le dimanche, chez un ami -, que son état psychique n'était pas cristallisé - puisque, depuis 2002, il n'avait pas adhéré aux propositions de séjour de rééducation et de traitement psychiatrique qui lui avaient été faites – et que l'on ne pouvait tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques – dès lors que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé physique invalidante objectivable du point de vue médical.

Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'OCAI a jugé qu'on ne pouvait s'en écarter puisque l'assuré ne souffrait pas uniquement des cervicales, mais également des lombaires, de tout le côté droit du corps, du membre inférieur, et de fourmillements dans la main droite et que ce diagnostic avait été posé par de nombreux spécialistes. Rappelant qu'il s'agissait là d'un trouble psychique, l'OCAI a écarté sur ce point l'appréciation du Dr P_____ dont il a rappelé qu'il était rhumatologue.

17. Par courrier du 14 septembre 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée à compter du 16 mars 2000.

Le recourant proteste contre l'évincement de l'expertise du Dr P_____ et reproche à l'OCAI d'avoir "psychiatrisé" son état médical afin d'obtenir un diagnostic principal tel que celui du syndrome somatoforme douloureux. Il fait également grief à l'intimé d'avoir écarté le rapport psychiatrique du Dr T_____ dans la mesure où celui-ci lui était favorable.

18. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 3 octobre 2007, a conclu au rejet du recours.

Il allègue qu'aucun élément médical objectif ne permet de conclure à l'existence d'une atteinte à la santé physique susceptible de justifier l'intensité des plaintes et la sévérité des limitations exprimées puisque tous les spécialistes qui se sont prononcés sur l'aspect somatique de la situation sont arrivés à la même conclusion, à savoir que le recourant présente des cervico-lombalgies non spécifiques qui ne sauraient justifier la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail dans son activité lucrative habituelle de conseiller en assurances. En l'absence de tout substrat organique aux plaintes émises par le recourant, l'intimé conclut que c'est donc à juste titre que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu. Or, les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître un caractère invalidant ne sont selon lui pas réunies en l'espèce.

19. Le Dr C_____, médecin adjoint de la consultation du rachis à l'hôpital cantonal, a établi en date du 18 février 2008 un rapport concluant à des rachialgies communes chroniques post-accident de la voie publique et à une possible coxarthrose droite. Le médecin indique avoir envisagé dans un premier temps la possibilité d'un syndrome de "l'homme raide" mais n'avoir trouvé aucun argument pour étayer cette première impression, raison pour laquelle il s'est dirigé vers un syndrome douloureux chronique avec une importante kinésiophobie. Le médecin a suggéré un traitement de thérapie cognitivo-comportementale.

20. Une audience s'est tenue en date du 24 avril 2008 au cours de laquelle le Dr P_____ a été entendu. Le médecin a indiqué avoir retenu le diagnostic de lombalgies et cervicalgies chroniques dans un cadre probable d'état anxio-dépressif parce qu'il avait eu de la peine à expliquer l'intensité des symptômes et la durée prolongée de l'arrêt de travail par l'examen clinique, raison pour laquelle il a conclu que d'autres éléments entraient probablement en ligne de compte, soit psychiques soit sociaux. Le témoin a fait remarquer que des problèmes médicaux bien plus sévères n'entravaient en effet pas la capacité de travail.

Le médecin a précisé avoir conclu à une incapacité de 50%, en espérant qu'elle pourrait être diminuée par la prise en charge psychothérapeutique qu'il avait préconisée et par la continuation de la prise en charge médicale.

Le Dr P_____ a fait remarquer qu'il est toujours difficile d'évaluer la capacité de travail d'un patient et que s'il a évalué celle du recourant à 50%, c'est en raison des importantes douleurs dont il se plaignait mais également d'une diminution de ses capacités de concentration. Il lui a semblé que si une activité à 100% était physiquement possible, elle ne permettrait pas à l'assuré de fonctionner efficacement. Un 50% devait lui permettre de récupérer en attendant l'optimisation suite à la poursuite du traitement. Une activité d'employé de bureau à 50% serait ainsi, selon le témoin, parfaitement compatible avec l'état de santé du recourant.

Enfin, il a expliqué qu'en préconisant une optimisation du suivi médical, il entendait par là, d'une part, la mise en place d'un suivi thérapeutique, d'autre part, l'ajustement des différents médicaments. En effet, un tel suivi n'avait pu se faire dans la mesure où l'assuré avait fréquemment changé de médecin.

Sur ce dernier point, le recourant a expliqué que les adjoints préposés au Centre de la douleur où il était suivi changeaient chaque année. Il a ajouté que, depuis deux ans, c'était le Dr D_____, rhumatologue, qui le suivait et qui a ajusté la médication. Il a qualifié le traitement de très lourd (400 mg de TRAMAL et 150 de VOLTAREN, auxquels s'ajoutent des médicaments destinés à protéger l'estomac) et précisé qu'il entraîne des effets secondaires (vertiges et nausées). Le recourant a allégué rencontrer d'énormes problèmes de concentration et des pertes de mémoire dont le Dr D_____ lui a confirmé qu'ils sont imputables à la médication, laquelle a pour conséquence de « l'assommer » mais a aussi légèrement amélioré son état en ce sens qu'il arrive désormais à dormir la nuit et à quitter de temps en temps son domicile. Il conserve un cercle d'amis et de proches, arrive à sortir son chien et surfe sur Internet. Pour le reste, il lui est difficile de rester debout plus d'un quart d'heure et assis plus de 20 minutes. Le recourant a encore précisé avoir vu le Dr E_____, psychiatre, à trois reprises mais que ce dernier était parvenu à la conclusion que son problème était exclusivement physique.

Le Dr P_____ a expliqué avoir retenu le diagnostic de lombalgies et cervicalgies chroniques dans un cadre probable d'état anxio-dépressif en raison du fait qu'il avait eu de la peine à expliquer l'intensité des symptômes et la durée prolongée de l'arrêt de travail par l'examen clinique. Il a réaffirmé que des problèmes médicaux bien plus sévères que celui du recourant n'entravaient en effet pas la capacité de travail.

Finalement, il a évalué la capacité de travail à 50%, espérant qu'elle pourrait être augmentée par une prise en charge psychothérapeutique et la continuation de la prise en charge médicale.

21. Entendue à son tour, la Dresse D_____ a expliqué suivre le recourant depuis février 2006 et avoir elle aussi retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques et de lombosciatalgie droite chronique. Elle a souligné qu'en tant que rhumatologue, il ne relevait pas de sa compétence de poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Le témoin a précisé n'avoir constaté aucun déficit neurologique.

Le médecin a exprimé l'avis que l'assuré disposait encore d'une capacité de travail, dont il a indiqué qu'il lui était très difficile de l'évaluer. En tous les cas, seule une activité relativement légère, permettant l'alternance des positions, s'exerçant essentiellement en position assise, n'impliquant ni port de charges ni position penchée en avant pourrait être envisagée. Le témoin a justifié ces limitations par les douleurs diffuses à la palpation, une limitation de la mobilité de tout le rachis et des contractures musculaires à ce niveau.

Le témoin a émis l'opinion qu'une activité dans la vente serait limitée, si elle impliquait le port de charges et des tâches de manutention mais que dans une activité de bureau, en revanche, la diminution de la capacité de travail ne serait que de 20% à 30%, étant souligné que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative depuis près de dix ans.

Le Dr D_____ a indiqué ne s'être exprimé que du point de vue rhumatologique, étant précisé que le patient se plaignait également de migraines et de troubles de la concentration, dont le médecin a expliqué que ces derniers pouvaient peut-être être en relation avec le traitement mais seulement partiellement et que les migraines étaient peut-être la conséquence des cervicalgies.

22. Le recourant a précisé quant à lui n'avoir vu le Dr C_____ qu'une seule fois, afin d'avoir un avis supplémentaire. Il a renoncé à son audition, notamment en raison du fait que le Dr D_____ avait indiqué l'avoir contacté par téléphone la veille de l'audience et avoir pu constater qu'ils partageaient la même position. Par ailleurs, le recourant a souligné ne pouvoir rester debout plus de 10 minutes et avoir même de la peine à conserver la position assise.
23. Par écriture du 12 septembre 2008, le recourant a fait valoir que le Dr P_____ n'a jamais été son médecin traitant, que tous les experts et praticiens consultés s'étaient accordés à lui reconnaître une incapacité de travail même si les taux variaient (de 50% pour le Dr P_____ à 100% pour les Drs F_____ et T_____), que l'activité adaptée décrite par le Dr D_____ était tellement limitée qualitativement et quantitativement qu'elle ressemblait à une activité en milieu protégé et enfin, que tant les experts du COMAI que les Drs C_____ et P_____ ont invoqué des aspects psychiques. Le recourant en a tiré la conclusion que les conditions pour lui reconnaître un caractère invalidant à son état de santé étaient remplies.
24. Quant à l'intimé, il a adressé au Tribunal de céans un avis de la Dresse I_____, du SMR. Cette dernière relève que l'audition du Dr P_____ démontre que l'assuré

présente des douleurs sans véritable substrat organique et qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan physique de sorte qu'il y a bien lieu de conclure à un syndrome somatoforme douloureux. Quant à l'audition du Dr D_____, la Dresse I_____ retient que ce dernier mentionne des cervicalgies et des lombalgies sans préciser si ces douleurs sont en relation avec des atteintes ostéoarticulaires importantes. N'ayant pas en sa possession le rapport d'expertise du COMAI, la Dresse I_____ a indiqué ne pouvoir s'exprimer concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis lors mais a néanmoins émis l'avis que, s'agissant d'un trouble somatoforme douloureux, il n'y avait pas véritablement d'éléments supplémentaires pour modifier les conclusions de l'Office cantonal AI du Valais.

25. Par écriture du 9 juin 2009, l'intimé a encore précisé que l'expertise COMAI du 31 mars 2006 ne lui permettait pas de modifier ses conclusions. En effet, le Dr J_____, du SMR, auquel ce rapport avait été soumis, avait relevé que des traits de personnalité, tout le monde en avait – au contraire de véritables troubles de la personnalité – et que cela ne diminuait pas la capacité de travail et ne constituait pas une maladie.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1

consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente le recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. En substance, le recourant estime être dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative au-delà de 50%. Il reproche également à l'intimé d'avoir « psychiatrisé » son état et d'avoir retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.
6. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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). L'atteinte à la santé

n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

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 LPG), 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

8. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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).

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6).

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.

b) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

c) Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une

invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93).

En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur

pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

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.

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

9. En l'espèce, force est de constater que tous les médecins consultés sont arrivés à la conclusion qu'il y avait une composante psychique aux douleurs du recourant. Ainsi, les médecins du centre multidisciplinaire de la douleur ont relevé que les bilans radiologique et biologique n'avaient mis aucune pathologie spécifique en évidence (ce qui a été confirmé par le Dr O_____) et ont émis l'hypothèse d'un possible syndrome de stress post-traumatique ou d'une dépression anxieuse sous-jacente, Madame H_____, neuropsychologue, a évoqué une probable souffrance thymique, le Dr P_____ a relevé des signes d'état dépressif, les Drs Q_____ et R_____ ont préconisé la prise en charge de l'état anxio-dépressif du patient, et le Dr C_____ a conclu à un syndrome douloureux chronique. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a en outre été formellement posé tant par le Dr T_____ que par les médecins de la policlinique de Lausanne. Il ne fait donc aucun doute que ce diagnostic doit être retenu en l'occurrence, contrairement à ce qu'allègue le recourant.

Reste donc à examiner si les conditions énoncées par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à un tel trouble sont remplies en l'espèce.

Deux expertises ont été mises sur pied dans le cas d'espèce. La première, confiée au Dr T_____, portait sur le plan psychique uniquement. Ce dernier a retenu, ainsi qu'on l'a dit, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Certes, ce médecin a finalement conclu à une capacité de travail réduite à 50%. Cependant, c'est à juste titre que l'intimé lui reproche d'avoir pris cette conclusion alors que les critères énoncés par la jurisprudence n'étaient pas remplis. En effet, aucune comorbidité psychiatrique importante n'a été retenue. Quant aux autres critères, le Dr T_____ s'est contenté de préciser qu'il y avait eu réduction du réseau social; cela ne saurait correspondre à une « perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ». L'incapacité de travail à laquelle a conclu le Dr T_____ ne saurait donc être avalisée par le Tribunal de céans, dans la mesure où les critères énoncés supra n'étaient soit pas réalisés soit pas évoqués par l'expert.

Le même grief peut être fait au rapport de la policlinique de Lausanne puisque les médecins ont là encore conclu à une incapacité de travail alors que les critères le permettant n'étaient pas réalisés. Leur rapport, contrairement à celui du Dr T_____, est cependant suffisamment détaillé pour permettre au Tribunal de se prononcer sur la réalisation des critères en question. Ce rapport est le fruit d'une réflexion globale, il tient compte tant des plaintes de l'intéressé que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Il est donc convaincant, hormis son évaluation de la capacité de travail.

Il convient tout d'abord de relever que les experts n'ont pas retenu de comorbidité psychiatrique importante. Ils n'ont en effet retenu qu'une personnalité à traits narcissiques. Quant aux autres critères énoncés par la jurisprudence, les experts ont précisé qu'il n'y avait pas d'affection corporelle chronique en dehors des douleurs invoquées par le recourant – ce qui a été confirmé par l'ensemble des médecins qui se sont prononcés. En effet, ne sont considérées comme affections corporelles chroniques que celles qui sont fondées sur un substrat organique. Or, dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que de telles affections font défaut. Seules sont présentes, de façon prolongée et intense, les douleurs relatées par l'intéressé et qui ne sont, au demeurant, pas remises en question. Cette seule souffrance, bien qu'elle soit évidemment très difficile à vivre, n'est pas suffisante au regard des critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que le recourant souffre depuis plusieurs années. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI).

Il a déjà été relevé plus haut que le critère relatif à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, n'était pas non plus réalisée. Les experts de la policlinique ont d'ailleurs, à cet égard, reconnu qu'il était difficile d'affirmer que la diminution de l'insertion sociale de l'assuré touchait l'entier de son

fonctionnement. Il a certes été établi que les crises douloureuses ont eu des conséquences sur la vie sociale du recourant, mais pas dans la mesure exigée par la jurisprudence.

Quant à l'état psychique de l'assuré, on ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour le qualifier de cristallisé.

Enfin, on ne saurait constater un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art puisque, comme l'ont relevé les experts mais aussi les Drs Q_____ et R_____ et Madame H_____, le recourant n'a pas adhéré aux propositions de traitement qui lui ont été faites. Il en découle que ce dernier n'a donc pas épuisé toutes les possibilités de traitement.

On ne saurait dès lors suivre les experts dans leur évaluation de la capacité de travail à 50% puisqu'ils justifient cette réduction par une évaluation globale, neurologique (alors que le status a été jugé dans la norme), rhumatologique (alors qu'ils ont conclu à une capacité de travail totale sur le plan strictement rhumatologique) et psychique (alors que les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis).

En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Cette conclusion est imposée par les règles jurisprudentielles et n'est en aucun cas un constat de négation de la symptomatologie du recourant.

Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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