REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4051/2006 **ATAS/392/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 12 avril 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève, représenté par Me Karin BAERTSCHI	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97 rue de Lyon à Genève	intimé

Siégeant : Stéphane GRODECKI, juge suppléant; Christine KOEPPEL et Luis ARIAS, juges suppléants

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, manœuvre de chantier, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 19 septembre 2000 en raison d'une atteinte à son genou gauche.

2. Cette atteinte provient d'un accident du 30 juin 1999, lorsque l'assuré s'est blessé durant son travail pour la société X_____ SA.

3. Du 6 au 28 juillet 2000, l'assuré a séjourné à la clinique de réadaptation de Sion. Celle-ci a constaté, dans un rapport médical du 11 septembre 2000, que l'assuré était difficile à cadrer, n'enregistrait que difficilement les consignes et s'auto-limitait rapidement et systématiquement. Un bilan psychiatrique est demandé au motif que l'assuré met en évidence une structure psychotique franche compatible avec des séquelles d'une psychose infantile. Un consilium psychiatrique a eu lieu à la clinique en date du 13 juillet 2000 ; un diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) a été posé.

4. Le 18 octobre 2000, le Dr A_____ a rempli un rapport médical à l'attention de l'AI avec le diagnostic suivant: gonalgies chroniques gauches post-traumatiques, sur lésion méniscale interne et status post-luxation traumatique externe de la rotule; status post-arthroscopie du genou gauche le 16.11.99 par le Dr B_____; cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne; surdité bilatérale congénitale; état d'angoisse.

5. Par décision du 17 janvier 2001, la Caisse nationale suisse d'assurances (CNA) a mis un terme, avec effet au 31 janvier 2001, au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au motif que les troubles au genou avaient été résorbés et que les troubles psychogènes et les troubles lombaires étaient sans rapport de causalité avec l'accident.

6. Dite décision a été confirmée par le Tribunal administratif en date du 6 novembre 2001. Se fondant sur les avis médicaux figurant au dossier, ce tribunal a admis que les séquelles physiques persistantes n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 30 juin 1999 au-delà du 31 janvier 2001. Dans ses considérants, il a encore relevé qu'il apparaissait que la persistance des troubles lombaires, des douleurs au genou ainsi que la boiterie était due à l'influence des troubles psychiques.

7. Le 1er mai 2002, le Dr A_____ a rempli un nouveau rapport médical intermédiaire à l'attention de l'AI. A son avis, l'état de santé de l'assuré s'est empiré. Les troubles physiques font l'objet d'un traitement médicamenteux et de physiothérapies. L'assuré est également suivi par un psychiatre.

8. Le 22 juillet 2002, les Hôpitaux Universitaires de Genève ont rendu un rapport diagnostiquant des gonalgies gauches chroniques, des cervico-dorso-lombalgies chroniques, un état anxio-dépressif et du psoriasis. L'examen clinique évoque un syndrome fibromyalgique de l'hémicorps gauche avec un seuil de la douleur significativement abaissé. Le contexte assécurologique et psychosocial rend la prise en charge thérapeutique difficile et contribue simultanément à diminuer le seuil de tolérance à la douleur.

9. En date du 4 novembre 2002, son psychiatre, le Dr C_____, a rempli un rapport médical à l'attention de l'AI. Il a diagnostiqué des cevico-dorso-lombalgies chroniques, une gonalgie gauche chronique et un épisode dépressif moyen. A ce dernier égard, il dresse le constat suivant: "patient stressé, angoissé, très centré sur les douleurs. Irritabilité. Manque de confiance en lui-même. Fatigabilité accrue. Diminution de l'élan vital. Ralentissement psychomoteur. Troubles du sommeil. Pas d'altération de l'appétit. Il présente des idées de dévalorisation et craint une mort imminente".

10. Une évaluation de la capacité de travail de l'assuré a été effectuée par le Centre d'intégration professionnelle, du 20 octobre 2003 au 25 janvier 2004. Selon le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'AI qui a ordonné ce stage, la capacité de travail de l'assuré dans a profession de maçon a été estimée à 50%. Dans une autre profession (activité légère), sa capacité de travail a été fixée à 50%. Reste à vérifier si la problématique psychique ne va pas s'y opposer au quel cas une expertise psychiatrique s'avérerait nécessaire.

11. En date du 26 février 2004, le Centre d'intégration professionnel a rendu son rapport. L'évaluation des capacités professionnelles de l'assuré conclut théoriquement qu'il devrait pouvoir mettre en valeur une capacité résiduelle de travail de 75% (rendement de 75% sur un plein temps) après une période de préparation à des activités industrielles légère. Vu les plaintes de l'assuré, ce dernier ne cherchant pas à contourner ses difficultés et se plaignant constamment de ses atteintes, le Centre propose qu'un examen médical global (physique et psychique) soit envisagé.

12. Le 2 juin 2005, l'OCAI a rendu son rapport final de réadaptation professionnelle. Il est proposé de statuer sur un refus de prestations de rente, car le taux d'invalidité est de 30%. Il est relevé que l'assuré s'étant installé dans une identité invalidante et ne s'impliquant pas dans les mesures d'ordre professionnel, il n'y a pas de sens à envisager une quelconque aide sur ce plan. S'agissant du plan psychique, une expertise est envisagée.

13. Par décision du 7 juin 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestation AI motifs pris d'une capacité de travail de 75% et de l'inutilité de mesures de réadaptation.

14. Dite décision a été frappée d'opposition en date du 8 juillet 2005, principalement au motif de l'absence d'une expertise psychiatrique.

15. Le 10 août 2005, le service médical régional AI (SMR) a rendu un avis médical. Il est relevé que sur le plan somatique, la situation est bien documentée et objectivement la guérison du genou est complète dès le 6 juin 2002. En revanche, un complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique est considéré comme indispensable.

16. En date du 11 août 2005, l'opposition a été admise et la cause renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

17. Le 12 décembre 2005, le SMR du léman a rendu un rapport médical motivé suite à un examen rhumatologique et psychiatrique, sous la plume des Dr D_____ et E_____.

    Une anamnèse complète du cas est exposée. Elle est suivie des status, ostéoarticulaire et psychiatrique.

    Le diagnostic suivant, avec répercussion sur la capacité de travail, est posé: gonalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre d'une discrète gonarthrose bilatérale avec déchirure du ménisque interne, d'un status après méniscectomie partielle du ménisque interne et suture de l'aileron interne gauche ainsi qu'un status après fracture de la tête du péroné gauche et après algoneurodystrophie du genou gauche; cervico-dorsalgies et lombasciatalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégnératifs du rachis avec tendomyogelose en cascade des membres inférieurs, surtout à gauche; douleurs de la cheville droite dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante achilléenne droite et d'un bursite retro-calcaneenne droite, s'accompagnant d'une probable tenosynovite du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils. Un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif est également relevé, mais sans répercussion sur la capacité de travail.

    Une appréciation motivée du cas, tant du point de vue somatique que psychiatrique, est exposée.

    Du point du vu somatique, il est ainsi relevé qu'au vu de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, les diagnostics ostéo-articulaires sont confirmé. Il n'y a pas de syndrome fibromyalgique, qui a été évoqué en 2002, car il n'existe plus de douleur à la palpation des points typiques de fibromyalgie au niveau des membres supérieurs. La capacité de travail est, en raison des diagnostics ostéo-articulaires, nulle dans l'activité originaire de l'assuré. Elle est en revanche complète dans une activité adaptée.

A cet égard, les limitations fonctionnelles suivantes ont été relevées: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges supérieures à 5kg, pas de port régulier de charges supérieures à 12kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, nécessitant des génuflexions répétées, imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles et escaliers, imposant des marches supérieures à 15 minutes et des positions debout prolongées ou des marches en terrain irrégulier.

Du point de vue psychiatrique, il est relevé qu'aucun signe de dépression ou d'anxiété n'existe. Le trouble de la personnalité mentionné dans le diagnostic est une caractéristique structurelle, non décompensée, de la personne qui définit sa façon de réagir face à des événements de son existence.

Les différents rapports médicaux figurant au dossier sur le sujet sont examinés. En particulier, il est relevé que l'état dépressif moyen diagnostiqué par le Dr C_____ en 2002 avait été traité et qu'il n'avait laissé aucun séquelle, l'assuré affirmant qu'il n'avait jamais eu d'idéation suicidaire, que sa vie sociale avait toujours été maintenue. En conséquence, il s'agit d'un assuré qui fonctionne sur un mode opératoire axé sur les actes et non sur la pensée, qui présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, mais ces éléments n'influencent aucunement sa capacité de travail. Ils sont inchangés depuis le début de sa vie adulte.

La capacité de travail exigible dans une activité adaptée est ainsi fixée à 100% depuis le 21 décembre 2000, date de la stabilisation du problème du genou.

18. Par décision du 30 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestation AI en se fondant sur le rapport SMR précité.

    Une comparaison de revenu a été effectuée entre le revenu sans atteinte à la santé et celui envisageable dans une activité à 100% adaptée à l'état de santé de l'assuré: le premier est de 54’535 alors que le second se monte à 50'548,70, soit une perte de gain de 3’986,30. Le degré d'invalidité étant de 7,3%, il ne donne droit ni à une rente invalidité, ni à une mesure d'ordre professionnel.

19. Opposition a été formée par l'assuré en date du 18 mai 2006. La valeur probante du rapport du 12 septembre 2005 est contestée et une nouvelle expertise psychiatrique est réclamée.

20. Par décision du 11 octobre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition 18 mai 2006 et la décision du 30 mars 2006 de refus de reclassement professionnel et de refus de rente a été confirmé. La valeur probante du rapport médical SMR du 12 décembre 2005 a, notamment, été confirmée.

21. Dite décision a été attaquée par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales en date du 2 novembre 2006. L'assuré conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'OCAI et au prononcé d'une rente invalidité entière. Préalablement, il conclut à une expertise psychiatrique.

    L'influence des troubles psychiatriques a été reconnue par le Tribunal administratif dans son arrêt du 6 novembre 2001. Par ailleurs, un avis du SMR, directement rattaché à l'OCAI, ne saurait avoir une valeur probante, car il n'est nullement objectif et impartial.

22. Le 16 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant à sa décision sur opposition du 11 octobre 2006 et exposant que l'assuré n'avait aucun droit à la mise en œuvre d'une expertise médicale qui soit favorable à son point de vue.

23. L'assuré a encore produit un certificat médical du 3 décembre 2006 du Dr A_____, médecin généraliste, dont il ressort notamment que, sur le plan psychique, il reste nerveux, angoissé et déprimé et que son état de santé s'aggrave de jour en jour.

24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance cantonale unique des contestations prévues par 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

    Le recourant ne conteste pas, à juste titre vu les nombreux avis médicaux concordants dans le dossier, que les atteintes somatiques ne fondent pas une incapacité de travail. En revanche, il soutient que ses problèmes psychiques fondent une telle incapacité.

4. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28, al. 1 LAI).

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

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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin

moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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).

Les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale ainsi que les difficultés psychiques causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CIIAI). De telles circonstances peuvent toutefois constituer des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294) : il a estimé que de tels facteurs ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité.

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). Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. Il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci trouve sa source dans des facteurs socioculturels ; il faut encore qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable (en d'autres termes, il faut 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).

5. 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997 p. 318 consid. 3b).

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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas.

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). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

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

6. En l'espèce, il ressort de plusieurs documents, en particulier des rapports de la clinique de réadaptation de Sion, du Dr C_____ en 2002, de la division de réadaptation professionnelle ou encore de l'évaluation du Centre d'intégration professionnelle, que la problématique psychiatrique de l'assuré devait être investiguée.

C'est ainsi que le SMR a rendu un rapport médical motivé – avec un examen rhumatologique et psychiatrique – en date du 12 septembre 2005.

Le Tribunal de céans ne peut que constater que ledit rapport remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une force probante: les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, l'anamnèse a été décrite et les conclusions sont motivées. A cet égard, chaque certificat médical exposant la situation psychiatrique du recourant a été mentionné et discuté par les médecins du SMR.

L'assuré ne mentionne d'ailleurs aucun point sur lequel les conclusions ou l'exposé du SMR pourrait porter à controverse. Il critique simplement, de manière toute générale, le rapport, soutenant que celui-ci n'est pas objectif.

Or, conformément à la jurisprudence précitée, peu importe la provenance d'un rapport, ce qui importe c'est son contenu. Le simple fait qu'il soit rendu par le SMR ne saurait signifier qu'il n'a aucune force probante.

Le rapport du 12 septembre 2005 expose en détail l'affection psychiatrique du recourant et motive, de manière convaincante, les raisons pour lesquelles il faut admettre qu'elle n'influe pas sur la capacité de travail. Il a ainsi été démontré que l'assuré ne souffre plus de dépression et que sa personnalité émotionnelle labile existe depuis le début de son existence.

Il faut mentionner que le fait que le Tribunal administratif ait relevé, en 2001, que les troubles psychiques avaient une influence sur les troubles somatiques ne saurait remettre ce rapport en cause. D'une part, cette constatation ne figure que dans les considérants du Tribunal et n'a ainsi pas acquis force de chose jugée. D'autre part, les effets réels des troubles psychiatriques ne sont pas des éléments qu'un juge seul peut trancher. Il doit se fonder sur des rapports médicaux, que le Tribunal administratif ne disposait pas à l'époque de son jugement.

Enfin, le certificat médical du Dr A_____, du 3 décembre 2006, n'est pas apte à remettre en cause les conclusions du rapport du 12 septembre 2005. Premièrement, il ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une force probante: il n'est ainsi pas motivé et ne contient aucune discussion des différents arguments ou avis contraires. Deuxièmement, il provient du médecin traitant du recourant. Le juge doit ainsi tenir compte qu'en cas de doute celui-ci tranchera en faveur de son patient.

7. Le recourant demande toutefois au Tribunal de céans d'ordonner une nouvelle expertise. Le droit d'être entendu (art. 29, al. 2 Cst) comprend notamment le droit d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes (ATF 129 II 497, consid. 2.2 et les références citées). Le juge peut cependant refuser une mesure probatoire lorsqu'il considère qu'elle est inapte à apporter la preuve ou lorsque les

preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (RDAF 2005 I 375, consid. 2.2; ATF 130 II 425, consid. 2.1). Il en va de même lorsque le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (RDAF 2005 I 397, consid. 4.d).

8. En l'occurrence, le Tribunal de céans a constaté que le rapport SMR du 12 septembre 2005 remplissait les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une force probante. Le simple fait que le recourant est en désaccord avec ses conclusions ne contraint pas l'autorité ou le juge à mettre en œuvre une nouvelle expertise. Les éléments qui figurent au dossier sont suffisants pour permettre au Tribunal de céans de forger sa conviction. La conclusion tendant au déroulement d'une nouvelle expertise sera donc rejetée.

   Ce d'autant plus que le Tribunal fédéral a rappelé que le droit pour le justiciable de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision ne comprenait bien évidemment pas le droit d'obtenir la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire favorable à son point de vue (Arrêt du 30 janvier 2003, consid. 2, cause I 606/02).

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. En application de l'art. 69, al. 1bis LAI, en vigueur depuis le 1er juillet 2006, un émolument doit être mis à charge du recourant. Ce dernier plaidant toutefois au bénéfice de l'assistance juridique, il doit en être dispensé en l'état (art. 6, let. a du règlement sur l'assistance juridique).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

A la forme :

1. Déclare recevable le recours formé le 2 novembre 2006.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui est dispensé du paiement vu l'octroi de l'assistance juridique.

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.

Greffière	Juge suppléant
Yaël BENZ	Stéphane GRODECKI

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