REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4255/2006 **ATAS/512/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 15 mai 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KAESER Michael	recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né le 1967, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en date du 4 décembre 2002 en raison de douleurs à la colonne vertébrale.

2. Dans son rapport du 29 avril 2003 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), qui ne figure pas au dossier mais qui est résumé dans l'expertise mentionnée ci-dessous, le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré, posait le diagnostic de dégénérescence discale L4-L5 avec discopathie L5-S1, protrusion discale L4-L5, protrusion discale prononcée L5-S1 de localisation para-médiane gauche en contact avec la racine S1 gauche et évaluait l'incapacité de travail à 100% depuis le 18 janvier 2002 .

3. Une expertise a été confiée au Dr B_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, par l'OCAI en décembre 2003. Elle se fondait sur un entretien et un examen clinique. En outre, les pièces du dossier suivantes ont été prises en compte, un rapport de radiographie du Dr C_____ du 24 janvier 2002, un rapport IRM du Dr D_____ du 11 avril 2003, le rapport du Dr A_____ susmentionné, des rapports de radiographies et de discographies du Dr E_____ des 2, 9 et 18 décembre 2003 ainsi que le rapport de consultation de celui-ci du 25 février 2004. Tous ces rapports font état de discopathies lombaires L4-L5 et L5-S1 avec pincement discal et hernie postéro-latérale protrusive L4-L5 gauche. En revanche, seul le médecin traitant s'est déterminé sur la capacité de travail.

   Dans son rapport d'expertise du 12 mars 2004, le Dr B_____ a posé les diagnostics de dorsalgies et lombalgies non spécifiques et d'état anxieux. Il a considéré que les discopathies L4-L5 et L5-S1 révélées par les investigations radiologiques étaient banales. L'assuré présentait, selon lui, des lombalgies chroniques non spécifiques entrant dans le cadre d'un problème bio-psycho-social complexe, dominé par des problèmes psychologiques (état anxieux) qui influençaient de façon majeure la capacité fonctionnelle. Il a conclu que, du point de vue des troubles physiques, il n'y avait aucune limitation quant à la capacité de travail de l'assuré. En revanche les troubles constatés au plan psychique et mental et au plan social limitaient la capacité de travail. Ce praticien préconisait une expertise psychiatrique. Toujours du point de vue somatique, il n'y avait aucune raison d'envisager une réadaptation professionnelle, l'assuré ayant une capacité totale de travail. En revanche, les facteurs psycho-sociaux auraient certainement une influence sur une éventuelle réadaptation professionnelle.

4. Un examen psychiatrique a alors été effectué le 22 octobre 2004 par la Dresse F_____, du Service médical régional AI (ci-après SMR). A l'examen, aucun trouble de la personnalité morbide n'a été objectivé. Il n'y avait par ailleurs aucune

limitation fonctionnelle psychiatrique. Elle a conclu que, sur la base de l'observation clinique psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible était entière.

5. Par décision du 12 décembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations d'assurance-invalidité de l'assuré au motif que l'atteinte à la santé tant au niveau somatique qu'au niveau psychique n'avait aucune influence sur la capacité de travail et de gain.

6. En date des 5 et 16 janvier 2006, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. A l'appui de son opposition, il a indiqué qu'il souffrait de lombalgies entraînant des douleurs intenses depuis 2002 et que selon son médecin traitant, le Dr A_____, ces lombalgies s'aggravaient au fil du temps. Il avait en outre pu être constaté un état dépressif réactionnel. Les rapports médicaux joints à son opposition concluaient à une dégénérescence discale et à des lésions dégénératives.

7. Dans son attestation du 16 janvier 2006, le médecin traitant a indiqué que son patient souffrait de lombalgies chroniques accentuées à la marche et aux stations debout ou assise, en raison de discopathies sévères au niveau L5-L4 et L5-S1, avec une hernie postéro-latérale protrusive L4-L5. Il constatait une importante attitude antalgique et une aggravation continuelle de la symptomatologie depuis deux ans ainsi que l'apparition d'un état dépressif réactionnel. Il affirmait que son patient ne pouvait effectuer une quelconque activité rémunérée et que sa capacité de gain était donc nulle.

8. Dans son courrier du 16 janvier 2006 au Dr A_____, le Dr E_____, radiologue FMH, a précisé que la réalisation de deux tests effectués en 2003 et 2004 au niveau des disques L4-L5 et L5-S1 avaient révélé la responsabilité statistique de ces deux disques dans des douleurs très importantes. L'assuré avait souhaité éviter une solution chirurgicale. Il ne l'avait plus revu depuis et lui conseillait de prendre rendez-vous avec un neurochirurgien.

9. Par décision du 13 octobre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il considérait que les éléments médicaux fournis par l'assuré n'apportaient aucun fait nouveau et objectif par rapport aux expertises qui avaient été effectuées par le Dr B_____ et par le SMR. Il constatait également que l'assuré n'avait pas cotisé à l'AVS suisse durant un an au moins, ce qui n'ouvrait pas un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, selon les art. 6 et 9 LAI.

10. A l'appui du recours formé le 15 novembre 2006 contre la décision sur opposition du 13 octobre 2006, l'assuré précise qu'il est de nationalité suisse, qu'il a exercé jusqu'au 10 janvier 2002 diverses professions non qualifiées et qu'il est en incapacité de travail dès cette date. Il reprend tous les rapports qui figuraient au dossier transmis à l'expert et qui concluaient à des lombalgies chroniques avec discopathies L4-L5 et L5-S1. Il se réfère en outre à un rapport médical de son

médecin traitant du 14 novembre 2006 confirmant qu'il est en traitement chez lui depuis janvier 2002 pour des lombalgies chroniques accentuées à la marche et aux stations debout ou assise prolongées en raison de discopathies sévères avec, depuis deux ans, une importante attitude antalgique, une aggravation continuelle de la symptomatologie ainsi que l'apparition d'un état dépressif réactionnel se transformant en sinistrose sans que cette aggravation ne puisse être endiguée compte tenu d'une situation administrative complexe. Selon ce même rapport, sa capacité de gain est toujours nulle alors que les différentes voies thérapeutiques ont été épuisées et un suivi psychiatrique est envisagé. Le recourant relate également deux courriers du Dr E_____ des 16 janvier 2006 et 14 novembre 2006 qui résument en substance les différents examens effectués en 2003 et 2004 et les atteintes mises en évidence. Enfin, le recourant se réfère aux rapports de la Dresse G_____, rhumatologue, des 15 mars 2005 et 4 avril 2006, qui font état des discopathies et de déprime et à un courrier du Dr H_____, médecin adjoint du service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", du 10 juillet 2006 qui précise qu'il n'a aucune solution chirurgicale à proposer. Le recourant reproche aux rapports médicaux établis par le Dr B_____ et le SMR de ne pas se baser sur un examen complet et détaillé de son état de santé. Il estime que le Dr B_____ est intervenu comme "médecin-conseil" et non en qualité d'expert et considère que ses conclusions, de même que celles du SMR, sont sérieusement mises en doute par les avis médicaux versés à la procédure qui ont pleine valeur probante. S'agissant de ses cotisations à l'AVS, il précise qu'il a cotisé en tant que personne non active depuis le 1er janvier 2003 dans le canton de Genève et qu'il a cotisé durant un mois auprès de la FER CIAM durant l'année 2002. Il indique avoir travaillé d'octobre 1995 à avril 1996 dans le canton de Vaud et avoir cotisé en tant que chômeur d'avril à juillet 1996 dans ce même canton. Il soutient également qu'il a cotisé en tant que personne non active entre 1994 et 1996 dans le canton de Vaud. Il a demandé à la Caisse cantonale genevoise de compensation un extrait de compte individuel groupé qu'il produira dès réception. Le recourant conclut préalablement à ce que le tribunal ordonne sa comparution personnelle ainsi qu'une expertise multidisciplinaire judiciaire. Au fond, il conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité et à la condamnation de l'intimé en tous les dépens.

11. Dans sa réponse du 16 janvier 2007, l'intimé relève que les deux expertises confiées par ses soins l'une au Dr B_____, l'autre à la Dresse F_____ ont été réalisées selon les règles de l'art et en conformité avec les critères jurisprudentiels propres à ce type de rapport et rappelle que le recourant possède une pleine capacité de travail. Celui-ci n'apporte en outre aucun élément médical nouveau qui viendrait contredire les conclusions des expertises susmentionnées. Les rapports des différents médecins produits sont pour la plupart antérieurs à l'expertise du Dr B_____ lequel en avait connaissance et en a tenu compte dans son appréciation et dans ses conclusions. Les rapports produits après l'expertise ne font

que reprendre les diagnostics établis par le Dr B_____, ne contiennent qu'une appréciation médicale sommaire, ne motivent aucune modification de l'état de santé de l'assuré et ne livrent aucune indication caractéristique d'une activité lucrative adaptée au handicap du recourant. Ces rapports ne remplissent pas les critères pour leur accorder pleine valeur probante. En conclusion, le recourant ne souffre d'aucune atteinte à la santé invalidante et il n'existe aucune limitation qualitative ou quantitative, somatique ou psychique l'empêchant d'exercer normalement une activité lucrative. Il conclut au rejet du recours.

12. Dans sa réplique du 16 février 2007, le recourant conteste en substance la valeur probante des rapports des Drs B_____ et F_____ auxquels il dénie la qualité d'expert et auxquels il reproche de ne l'avoir examiné qu'à une seule reprise et de n'avoir pas procédé à une étude fouillée. Il relève que les avis médicaux des Drs I_____ et J_____ du SMR ont été rendus sans qu'ils ne l'aient examiné personnellement. Par ailleurs, il produit des extraits de compte individuel de la Caisse cantonale genevoise de compensation, de la Caisse cantonale vaudoise de compensation et de la Caisse interprofessionnelle romande des syndicats patronaux le concernant ainsi qu'un extrait de compte individuel de la Caisse vaudoise de compensation concernant son épouse desquels il résulte qu'une année complète de cotisation peut être retenue dans la mesure où, pendant les périodes où il n'a pas cotisé personnellement, il était assuré au sens de la loi sur l'assurance vieillesse et survivants et était marié à une personne qui a versé plus du double de la cotisation minimale à cette assurance. Il persiste pour le surplus dans ses conclusions.

13. Après communication de ces écritures et du chargé complémentaire à l'intimé, la cause a été 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on

examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande de rente d'invalidité ayant été déposée le 6 décembre 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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 recours ayant été déposé le 15 novembre 2006, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

5. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé d'octroyer une rente au recourant. Est en cause, principalement, la valeur probante des expertises des Drs B_____ et F_____. Se pose en outre la question de la durée minimale de cotisation pour avoir droit aux prestations de l'assurance-invalidité s'agissant d'un étranger.

   C'est cette dernière question qu'il convient de résoudre préalablement car au moment du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité le recourant n'avait pas encore acquis la nationalité suisse.

6. a) Les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité s'ils sont assurés lors de la survenance de l'invalidité (art. 6 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2001), et cela aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, pour autant qu'ils

comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (art. 6 al. 2 LAI).

b) Ont droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1er LAI).

c) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse, et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) sont (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159); le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires. Selon l'art. 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) en corrélation avec les art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS) et 29ter al. 2 LAVS, une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1er ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II) ou, enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (variante III).

d) A la différence de la situation qui existait, en effet, avant l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS le 1er janvier 1997 (cf. ATF 111 V 106 consid. 1b ; 110 V 280 consid. 1a), un assuré peut donc, selon le nouveau droit, satisfaire à l'exigence de la période minimale de cotisations d'une année ouvrant droit à une rente ordinaire de l'AVS/AI, sans avoir payé personnellement des cotisations (ATF 125 V 253).

7. Ces nouvelles dispositions s'appliquent en l'occurrence au recourant puisqu'il subit une incapacité de travail depuis janvier 2002 qu'il l'a conduit à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 décembre 2002.

Selon les pièces produites, le recourant a travaillé d'octobre 1995 à avril 1996 auprès de l'Atelier Goeland à Echandens (Vaud), pour un montant de 6'798 fr. en 1995 et 10'853 fr. en 1996 et a perçu des indemnités de chômage d'avril à juillet 1996 d'un montant total de 7068 fr.. Après être retourné avec son épouse et ses enfants en Tunisie, il est revenu en Suisse avec sa famille et y est domicilié depuis le 23 juillet 2001. Le recourant a ainsi cotisé pendant une période de 11 mois avant la survenance de son incapacité de travail et versé la cotisation minimale. Ces cotisations sont complétées par les cotisations payées par l'épouse du recourant de juin 1995 à août 1996 et d'août 2001 à août 2002 qui équivalaient au minimum au double de la cotisation minimale de l'époque. On peut par conséquent retenir une année complète de cotisation en faveur du recourant qui lui donne droit à une rente d'invalidité si les autres conditions sont réalisées.

8. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain total ou partiel qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 mesure de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

   b) Le droit à la rente est défini par l'art. 28 LAI (dans sa teneur au 1er janvier 2004), qui prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière.

   c) Le droit à la rente naît au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins, ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI).

9. 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). 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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

11. a) 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).

b) 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).

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

12. a) En l'espèce, pour refuser la rente l'intimé s'est fondé, en ce qui concerne l'aspect physique, sur l'expertise du Dr B_____ à laquelle le recourant dénie toute valeur probante. Celui-ci dénie par ailleurs la qualité d'expert au Dr B_____ au motif qu'il a été mandaté par l'intimé en dehors de toute procédure contradictoire. Il convient donc de revenir sur ce rapport d'expertise auquel on ne peut dénier une valeur probante pour le seul motif qu'il émanerait d'un médecin-conseil de l'intimé et non pas d'un expert mandaté à l'issue d'une procédure contradictoire. En effet, comme l'a relevé le Tribunal fédéral, l'élément déterminant n'est pas l'origine du moyen de preuve mais son contenu ; la question de la qualification du Dr B_____ peut donc restée ouverte. En l'occurrence, celui-ci a procédé à un entretien et à un examen clinique du recourant et a pris en compte tous les rapports de radiologie, de discographie et de résonnance magnétique effectués préalablement, lesquels concluent à l'existence de discopathies lombaires

L4-L5 et L5-S1 avec pincement discal et hernie postéro-latérale protrusive L4-L5 gauche sans toutefois se déterminer sur l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant. Il a également examiné le rapport du 29 avril 2003 du médecin traitant, le Dr A_____, à l'assurance-invalidité dont le diagnostic est identique mais qui conclut à une incapacité totale de travail dès le 18 janvier 2002. Le rapport se fonde en outre sur une anamnèse complète et tient compte des plaintes du recourant qui sont en discordance avec les capacités fonctionnelles observées durant l'expertise. Les conclusions de l'expert selon lesquelles il n'existe, du point de vue clinique, aucun signe d'atteinte radiculaire ou d'instabilité vertébrale expliquant les lombalgies chroniques lesquelles entrent dans le cadre d'un problème bio-psycho-social complexe, dominé par des problèmes psychologiques (état anxieux) sont motivées et convaincantes. Il en est de même de sa conclusion relative à la capacité de travail qu'il considère entière du point de vue somatique. Il y a par conséquent lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr B_____ laquelle n'est pas mise en doute par les éléments médicaux apportés par le recourant. A cet égard, il sied de constater que les rapports antérieurs à l'expertise produits par celui-ci ont tous été pris en compte par le Dr B_____ et que les pièces médicales postérieures n'apportent aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de celui-ci. Les courriers du Dr E_____ des 16 janvier et 14 novembre 2006 ne font que résumer les différents examens et les interventions effectués et ne sont pas de nature à contredire l'expertise du Dr B_____. Dans son courrier du 10 juillet 2006 au Dr A_____, le Dr H_____ indique qu'il ne peut malheureusement pas proposer d'intervention chirurgicale pour un syndrome de lombalgies difficile à définir et "pousse pour une aide des assurances sociales ou d'invalidité". Il se réfère également aux nombreux soucis d'ordre familial difficiles à régler. Il n'apporte toutefois aucun élément allant à l'encontre des conclusions du Dr B_____. La lettre du Dr K_____ du 10 novembre 2006 n'est pas pertinente puisqu'elle se limite à résumer les examens effectués en 2003 et 2004, époque depuis laquelle il n'a pas revu le recourant. Enfin, des courriers des 15 mars et 4 avril 2005 de la Dresse G_____, il ressort que le recourant souffre de lombalgies chroniques avec discopathies sévères de niveau L4-L5 et L5-S1. Ce médecin propose un programme de réentraînement musculaire et la participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale mais ne se détermine toutefois pas sur l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail de son patient.

S'agissant du rapport du Dr A_____ du 29 avril 2003 concluant à une incapacité de travail totale, il y a lieu de relever qu'il émane du médecin traitant et qu'il n'apporte pas d'éléments permettant d'aller à l'encontre des conclusions de l'expert. Il en est de même de son courrier du 14 novembre 2006 qui n'apporte aucun élément nouveau quant aux atteintes physiques et à leur incidence sur la capacité de travail.

b) Reste à examiner l'aspect psychologique du dossier qui a fait l'objet d'un examen psychiatrique effectué le 22 octobre 2004 par la Dresse F_____ dont la valeur probante est mise en doute par le recourant, notamment parce que l'examen psychiatrique ne s'est déroulé qu'en une seule rencontre.

S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse F_____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique.

Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse F_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 22 octobre 2004 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il convient dès lors d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne lesquelles ne sont pas mises en cause. Au préalable, force est de constater que la valeur juridique du rapport en cause ne saurait être déniée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de "psychiatre FMH". La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Il ne serait en effet pas cohérent de dénier la valeur probante d'un rapport rendu par un même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation. Il convient de préciser que cette autorisation ne dépendait d'aucun examen complémentaire dans la mesure où elle portait uniquement sur la reconnaissance de son diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus.

En l'occurrence, le rapport se fonde sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique et sur un examen clinique psychiatrique qui n'ont pas permis à l'auteure de confirmer le diagnostic d'état anxieux posé par l'expert rhumatologue ni d'ailleurs une autre maladie psychiatrique invalidante. En effet, les traits dépressifs et anxieux présentés par le recourant lorsqu'il est confronté à son bilan existentiel restaient discrets et n'ont pas permis de retenir un diagnostic de dépression majeure, d'anxiété généralisée ou de troubles phobiques. Les

conclusions de la Dresse F_____ sont motivées et convaincantes et ne sont par ailleurs contredites par aucun des rapports médicaux produits par le recourant, lesquels ne parlent que d'état dépressif réactionnel ou de déprime.

Ainsi, conformément à la jurisprudence relative aux facteurs psychosociaux et socioculturels susmentionnée, les atteintes relevant de ceux-ci ne sauraient entraîner une incapacité de gain tant qu'un substrat médical pertinent, tel qu'une dépression durable ou un état psychique assimilable, n'a pas été mis en évidence. Une telle atteinte psychique influençant de manière autonome la capacité de travail est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Une simple humeur dépressive, comme en l'espèce, n'est pas suffisante.

13. La décision de l'OCAI, fondée sur l'expertise du Dr B_____ et sur le rapport de la Dresse F_____ auxquels une pleine valeur probante peut être reconnue, doit être confirmée et le recours rejeté, de même que la conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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.

Le greffier | La présidente

Pierre RIES | Isabelle DUBOIS

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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