



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4463/2006

ATAS/780/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 4 juillet 2007

En la cause

Monsieur S _____, domicilié , GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LIRONI Marc

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, né le 1959, n'a jamais travaillé et était entretenu par ses parents. Depuis le 1^{er} août 2002, il est pris en charge par l'Hospice général.
2. Par demande reçue le 24 février 2004, il requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
3. Du 29 août 2002 au 22 décembre 2003, l'assuré est suivi au programme bipolaire de la Consultation ouest du département de psychiatrie des (ci-après "établissement hospitalier"). Dans les notes relatives au dossier du patient, le Dr A _____, psychiatre, émet les diagnostics de cyclothymie F34.0 et possible trouble de la personnalité, diagnostic qui est encore à préciser. Dans l'anamnèse, ce médecin mentionne que le patient est parti pendant six ans aux Etats-Unis où il a pu gagner sa vie en tant qu'"artiste digital" (créations multimédias par ordinateur). Lorsqu'il revient en Suisse le 20 juillet 2002, il se présente à l'Hospice général, afin d'être assisté. Selon les déclarations du patient, il a beaucoup de peine à s'organiser et à se rendre à ses rendez-vous. Il n'arrive pas à faire face aux exigences administratives qu'il trouve trop contraignantes. Il décrit que depuis son adolescence, il a toujours eu de la peine à se plier aux règles et à la manière de vivre de la plupart des gens. Il a vécu des multiples périodes de variation de l'humeur avec des phases d'hyperactivité, d'augmentation importante de l'énergie avec une diminution du besoin de dormir, et des phases de repli sur soi et de légère tristesse qu'il ne considère pas comme désagréables. Il refuse de prendre un traitement stabilisateur de l'humeur. Il est motivé pour consulter un psychiatre car il considère sa façon de vivre habituelle comme incompatible avec les exigences des services administratifs censés l'aider à se réinsérer socialement et professionnellement. Il dit par ailleurs clairement qu'il ne veut pas travailler, qu'il n'a jamais été adapté au travail et qu'il veut passer à l'assurance-invalidité pour avoir un revenu régulier. Selon le Dr A _____, l'assuré ne remplit pas tous les critères de la personnalité anti-sociale, de sorte qu'on ne peut parler que de traits de personnalité anti-sociale. Son comportement n'est pas agressif. Par ailleurs, il ne consomme pas d'alcool ni d'autres drogues et ne prend pas non plus des médicaments. Le 22 décembre 2003, le Dr A _____ met fin au programme bipolaire, après avoir expliqué au patient que ses variations d'humeur correspondent à une cyclothymie, mais qu'elles ne sont pas responsables de son incapacité de travailler. Celle-ci est plutôt le résultat d'une attitude irresponsable et d'un mépris des contraintes sociales.
4. Du 1^{er} au 11 décembre 2003, l'assuré est soumis à une observation socio-professionnelle. La durée du mandat au Centre d'intégration professionnelle (ci-après: CIP) était au départ de trois mois. Toutefois, le stage a été suspendu dès le 10 décembre 2003, puis arrêté le lendemain. Dans les conclusions du rapport ARVA du 3 mai 2004, le CIP constate que l'assuré est inapte au travail et ne peut pas être

formé. Cette inaptitude n'est pas liée à ses capacités physiques ni à ses capacités d'adaptation et d'apprentissage, mais à ses capacités d'intégration sociale. A cet égard, il est mentionné ce qui suit dans ce rapport:

"M. S _____ soutient qu'en raison de sa vision particulière du monde, il ne peut pas s'insérer dans le milieu de travail. Il n'est pas apte à se soumettre aux règles de groupe et des règlements ou encore à une hiérarchie. Il n'est arrivé à l'heure qu'un jour sur 7 jours de travail et a petit à petit provoqué la rupture. M. S _____ nous a rapporté qu'un diagnostic de troubles cyclothymiques a été posé par son psychiatre. Notre bilan médical avant son entrée en stage a relevé des éléments de sociopathie induite par une éducation pathologique. En fait, M. S _____ n'a jamais pu s'assumer financièrement car il a toujours été soutenu par ses parents, notamment sa mère. Il a toujours pu faire ce qui lui faisait plaisir (cycle d'orientation, école privée, collège artistique, faculté de lettres, voyages) et argumente ne pas pouvoir faire face au stress, contrariété et contraintes pour s'insérer dans cette société bien qu'il ait essayé durant de nombreuses années.

(...)

Seul un rapport médical décrivant plus amplement les difficultés psychologique et/ou psychiatrique de M. S _____ pourrait éclaircir si son inaptitude relève de critères A.I. ou non. Il nous paraît par contre évident qu'en raison de sa vision du monde, M. S _____ échouera son insertion dans le circuit économique classique, dans une entreprise avec un supérieur hiérarchique, avec des contraintes et des heures régulières." (P. 15 du rapport)

5. Dans son rapport du 1^{er} mars 2004 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le Dr B _____, psychiatre qui a suivi l'assuré par la suite, pose les diagnostics de cyclothymie à prépondérance hypomane F34.0 et de personnalité dyssociale à traits immatures F60.2. Il mentionne dans l'anamnèse que sa mère lui a toujours permis de vivre selon son désir. Il a tenté des études sans jamais les mener à bout. Soi-disant artiste, il mène une vie de bohème, vivant sept ans à New-York, puis trois ans au Japon, voyageant et subsistant par des moyens improvisés, tantôt la musique expérimentale, tantôt le graphisme informatique. Dans ses plaintes est mentionné que le patient appréhende de se voir contraint à des exigences qu'il ne se verrait pas assumer. Il vit au jour le jour avec une absence de projection sur l'avenir. Il se dit parfois triste et démotivé. Dans l'appréciation du cas, le Dr B _____ indique ce qui suit :

"La pathologie psychique en soi ne semble pas déterminante dans les capacités adaptatives de ce patient difficile à mettre dans un registre

psychiatrique habituel si ce n'est des traits de personnalité caractérisés par le retrait social (au sens de compromis d'intégration avec autrui plus que dans le domaine strictement relationnel) une marginalisation en partie volontaire et correspondant à un choix de vie. L'élément cognitif n'est pas non plus défaillant, il s'agit d'un homme intelligent, mais sans utiliser les moyens à disposition pour tirer bénéfice de ses capacités."
(P. 3 du rapport)

Dans son pronostic, le Dr B _____ relève qu'une tentative de stage préprofessionnel s'est soldée par un arrêt définitif au bout de quelques jours, ce qui traduisait les difficultés du patient dans ses relations interpersonnelles liées à une activité professionnelle. La prise en charge psychothérapeutique demeure limitée dans une perspective de réintégration future. Les séances ont été suivies plus ou moins régulièrement et constituent pour le patient un repère non négligeable dans sa stabilité psychique. La conclusion de ce psychiatre est la suivante :

"Il s'agit d'une situation embarrassante par son côté peu évaluable, compte tenu des critères médicaux et sociaux à notre portée. Il existe un déni très ancré d'accepter que ses besoins vitaux peuvent aussi constituer un moteur d'activité. Le risque de l'assister à 100 % par le biais d'une rente pourrait le plonger dans une passivité accrue, mais de ne pas l'aider risque de le marginaliser de façon plus absolue. La démarche active qu'il entreprend auprès de l'AI coïncide avec une dégradation de l'état de santé de sa mère et l'un ne semble pas totalement étranger à l'autre quand on sait qu'elle a été sa principale ressource financière (si ce n'est pas la seule).

Je suggère pour ma part d'étudier l'octroi d'une **rente soumise à conditions** (en gras dans le texte), et de n'intervenir que pour autant que les autres ressources du patient se voient épuisées."

Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr B _____ indique notamment que l'incapacité de travail est due en majeure partie à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

6. Le 1^{er} mars 2004, l'assuré est vu par le Dr C _____ de la Consultation psychiatrique du secteur 4 des Pâquis des "établissement hospitalier". Ce médecin note une défaillance narcissique importante avec des mécanismes de défense, tels que le contrôle, la toute-puissance infantile, la projection, le clivage et le déni.
7. Dans son rapport médical du 11 mai 2004, le Dr D _____ de la Consultation des Pâquis des "établissement hospitalier", mentionne comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité et une cyclothymie. Il indique par ailleurs ce qui suit :

"Difficultés de réinsertion dans la vie active, avec intolérance à la frustration, et marginalité assumée. A fonctionné depuis son adolescence relativement bien. Actuellement, ses difficultés sont dues à la conjoncture et causées par ses choix, qui font partie de son mode de vie, voulu. Il n'y a pas de maladie mentale incapacitante."

8. Le 11 septembre 2006, le Dr E _____, spécialiste en médecine interne et maladie rhumatismale, certifie avoir traité l'assuré pour un syndrome douloureux des membres inférieurs que l'on pourrait associer à un restlessness syndrome. Un traitement de physiothérapie lui a été prescrit.
9. Le 12 septembre 2006, le Dr F _____ atteste avoir été consulté pour ces mêmes douleurs apparues quatre ans auparavant. Les investigations pratiquées n'ont pas permis de déterminer leur origine qui semblent entrer dans le cadre d'une probable fibromyalgie.
10. Dans son rapport du 14 septembre 2006, le Dr B _____ indique que le patient a été suivi dans son cabinet depuis le mois de septembre 2003. Il s'est rendu régulièrement à la consultation. Le traitement consiste à favoriser un ancrage de qualité minimale à sa réalité quotidienne et à lui permettre a minima d'accepter certaines des contraintes de la vie en société. En 2005, il s'est marié avec sa compagne de Paris afin de faciliter ses rencontres avec elle à Genève. Au printemps 2006, sa mère est décédée. Cet événement a eu un impact important dans la vie du patient car elle constituait un des seuls repères relationnels stables avec sa famille d'origine. Sa thymie a alors présenté une composante plus dépressive et une attitude de retrait plus marquée. En raison du manque de motivation et de compliance du patient, aucun traitement médicamenteux n'a été mis en place. Il y a le risque de voir la personnalité fragile et à traits immatures de l'assuré défaire le maigre tissu social qui le maintient stable. Le psychiatre a par ailleurs confirmé ses diagnostics précédents. En cas de pression exercée pour une intégration professionnelle, il pense que la cyclothymie du patient serait aggravée dans un versant plus dépressif. Des tentatives de réintégration professionnelle paraissent d'emblée vouées à l'échec. L'assuré ne possède pas des ressources personnelles pour une activité qui exige un rendement et une ponctualité, une relation interpersonnelle stable et régulière. Une rémission au sens d'une pleine santé psychique (bio-psycho-sociale) paraît illusoire. Du point de vue médical, il devrait bénéficier, d'après son état actuel et compte tenu des risques de péjoration, d'une rente d'invalidité complète, de l'avis de ce médecin.
11. Par décision du 24 octobre 2006, l'OCAI refuse à l'assuré le droit aux prestations au motif que le diagnostic indiqué dans les rapports médicaux ne satisfait pas aux critères du système de classification internationale reconnu (CIM-10), selon lequel l'atteinte à la santé mentale de l'assuré diagnostiquée est qualifiée d'intensité légère et donc sans répercussion sur la capacité de travail.

12. Le 29 novembre 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, recourt contre cette décision, en concluant, préalablement, à ce qu'une comparution personnelle des parties et l'audition du Dr G_____ soient ordonnées, ainsi qu'une expertise complémentaire afin de déterminer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé psychique, le diagnostic de ses maux de jambe, le lien entre les atteintes psychiques et physiques. Principalement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Il indique être revenu en Suisse en 2002 dans un état dépressif important, à la suite de la maladie grave de sa mère. Il ne peut plus travailler et souffre de plus en plus de ses sautes d'humeur. Il relève également qu'il présente des maux de jambe qui sont devenus beaucoup plus importants mi-2004. Selon ses dires, il existe clairement une atteinte à la santé psychique diagnostiquée par trois médecins psychiatres et s'appuyant valablement sur la CIM-10. Celle-ci engendre une incapacité de travail totale. Il estime enfin que les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie ou du trouble somatoforme douloureux sont remplis.
13. L'intimé a requis l'avis du Service médical régional AI de la Suisse romande (ci-après : SMR) à la suite du recours déposé. Celui-ci considère, dans son avis du 22 janvier 2007, qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, dans la mesure où les diagnostics des Drs A_____ et B_____ concordent. Ces diagnostics, à savoir des traits de personnalité anti-sociale ou dyssoziale et des traits immatures, ainsi qu'une cyclothymie ne sont pas invalidants. En ce qui concerne l'éventuelle fibromyalgie dont est atteint le recourant, celle-ci n'est pas invalidante en l'absence d'une atteinte à la santé psychique invalidante. De surcroît, en dépit de ses douleurs dans les jambes, le recourant voyage fréquemment.
14. Se fondant essentiellement sur l'avis du SMR précité, l'intimé conclut au rejet du recours, par ses écritures du 29 janvier 2007.
15. Par réplique du 22 février 2007, le recourant persiste dans ses conclusions. Il fait notamment valoir que l'intimé n'a pas pris en considération le deuxième diagnostic de la personnalité dyssoziale à traits immatures posé par les médecins. Par ailleurs, le Dr B_____ a clairement reconnu le caractère invalidant de son atteinte psychique. Il répète que les critères pour reconnaître le caractère invalidant de la fibromyalgie sont remplis.
16. Entendu en comparution personnelle en date du 21 mars 2007, le recourant déclare ce qui suit :

"Je n'ai jamais travaillé dans ma vie. Ce sont mes parents qui m'avaient entretenu. Mon père est décédé en 1999.

Mon père était représentant de vins de luxe. Ma mère avait travaillé dans une Etude de notaires en tant que clerc d'avocat, puis à l'UBS.

Je n'ai jamais réussi de vivre de mes dessins informatiques. Même lorsque j'étais aux Etats-Unis, mes parents m'entretenaient. Je suis revenu en Suisse à cause de la maladie de ma mère.

Mon épouse est japonaise et vit la plupart du temps au Japon. Elle est encore jeune et entretenue par ses parents. Je vis avec elle lorsqu'elle est à Genève.

J'ai la volonté de faire des choses mais je n'y arrive pas. A mon avis, ma maladie consiste dans une angoisse de la réussite.

Je ne refuse pas de prendre des médicaments. Toutefois, on ne m'en a jamais prescrit.

J'ai aussi des douleurs dans les jambes pour lesquelles je suis en traitement chez le Dr H_____ (recte H_____l). Celui-ci estime que l'origine de ces douleurs est psychosomatique.

Je ne pourrais pas travailler en position assise, à cause des douleurs dans les jambes qui m'obligent de me lever de temps en temps, de bouger et de me reposer.

Je pourrais tout à fait travailler pendant 2 à 3 heures, mais après ce laps de temps, j'ai un blocage et une perte de concentration qui m'empêchent de continuer.

Je suis aussi en traitement chez le Dr I_____, rhumatologue. Il a constaté que mes muscles étaient très tendus et m'a prescrit de la physiothérapie."

17. Le 16 avril 2007, le recourant produit un rapport du 2 avril 2007 du Dr J_____, rhumatologue et spécialiste en médecine du sport, qui pose les diagnostics de déséquilibres musculaires au niveau des jambes et d'un état tensionnel probable, les deux diagnostics étant liés. D'un point de vue ostéo-articulaire, le patient ne présente pas de limitation significative dans l'exercice d'une activité professionnelle, sous réserve d'un travail nécessitant de fréquents changements de position, des ports de charges, des stations debout et marches prolongées. Son pronostic sur le plan ostéo-articulaire est favorable. Il indique par ailleurs que si l'état du recourant devait évoluer vers un état de type fibromyalgie ou trouble somatoforme véritable, le pronostic pourrait éventuellement être plus réservé.
18. Le 16 avril 2007, le recourant transmet au Tribunal de céans également un rapport du Dr B_____ du 5 avril 2007. Dans celui-ci, ce dernier confirme ses diagnostics précédents. Toutefois, il constate une tendance plus dépressive de la thymie du patient dans le cadre d'une cyclothymie chronique, mais ne justifiant pour l'heure pas de traitement médicamenteux stabilisateur en complément de la psychothérapie proposée. Le recourant continue à se rendre régulièrement aux

séances psychothérapeutiques qu'il investit favorablement. Le psychiatre souligne que son patient souffre d'une incapacité de travail complète pour des raisons psychiques. Les maux de jambe chroniques dont il se plaint contribuent à renforcer l'état d'incertitude de celui-ci sur son avenir et sur sa mobilité fonctionnelle future. Ces maux exacerbent le versant dépressif de sa cyclothymie. L'état dépressif demeure cependant toujours modéré et compatible avec la vie quotidienne. Enfin, le Dr B _____ estime nécessaire une évaluation plus poussée de l'état psychique de son patient par une expertise psychiatrique approfondie.

19. Le 17 avril 2007, le recourant transmet au Tribunal de céans le rapport du Dr H _____ I. Celui-ci diagnostique une dysbalance musculaire prédominant au niveau des membres inférieurs et un état dépressivo-anxieux. La capacité de travail du recourant est diminuée par la dysbalance musculaire, sans que ce médecin puisse préciser dans quelle mesure. Il pense que la situation sociale joue un rôle important dans des troubles psychiques et que le recourant ne dispose pas, pour l'instant, des ressources nécessaires pour s'adapter à un éventuel environnement professionnel. Le Dr H _____ I préconise en outre qu'il soit réexaminé en fonction de la globalité psychosomatique de son problème.
20. Le 7 juin 2007, l'intimé se détermine sur le rapport ARVA du 3 mai 2004 que le CIP a transmis au Tribunal de céans le 21 mai 2007, faisant suite à une demande de celui-ci. L'intimé constate que ce rapport confirme l'appréciation médicale telle que contenue au dossier, selon laquelle l'incapacité de travail est due essentiellement à des raisons d'ordre socio-économique ou conjoncturel. L'intimé persiste ainsi dans ses conclusions.
21. Le 8 juin 2007, le recourant prend position sur ledit rapport. Il relève que, selon celui-ci, il est inapte au travail et inapte à être formé. Ce rapport indique en outre précisément que seul un rapport médical décrivant plus amplement ses difficultés psychologique et/ou psychiatrique pourrait éclaircir si son inaptitude relève des critères de l'assurance invalidité. Le rapport ARVA date par ailleurs de plus de trois ans. Or, son état tant psychique que physique a changé pour se péjorer encore plus. Il déduit enfin du rapport ARVA qu'il souffre, en plus des troubles psychiques déjà évoqués, d'un trouble de la personnalité sociopathique, F60.2 dans la CIM-10. Il maintient ainsi également ses conclusions antérieures, en insistant particulièrement sur la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire.
22. Sur ce, la cause est gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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).

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

2. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'incapacité du recourant de s'intégrer dans un processus de travail, comme cela est constaté par les médecins et le CIP, est la conséquence d'une maladie psychique ou physique invalidante.
4. a) 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} 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.
5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

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). 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).

6. 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 malade, 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).
7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ces facteurs 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 pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, lorsque 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).

8. En l'espèce, le recourant a consulté plusieurs psychiatres. Les Drs D _____ et A _____ ont considéré qu'il ne souffre pas d'une atteinte à la santé psychique invalidante et que son incapacité de travail a sa source dans une cause non médicale. Cependant, cet avis n'est pas partagé par le Dr B _____ dans ses derniers rapports, dans lesquels il certifie non seulement une incapacité de travail totale, mais attribue celle-ci également à des atteintes psychiques.

Il convient par ailleurs de relever qu'aussi bien le Dr B _____ que le CIP ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, afin de faire évaluer par un spécialiste indépendant la capacité de travail et de déterminer notamment les causes d'une incapacité de travail.

Le Tribunal de céans constate que les avis médicaux sont contradictoires. Il ne saurait par ailleurs être considéré que les derniers rapports du Dr B _____ aient été valablement contredits par l'avis médical du SMR du 22 janvier 2007. En effet, cet avis ne remplit assurément pas les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante, dans la mesure où il ne repose pas sur un examen du recourant. Ce document n'est par ailleurs pas signé et on ignore si les médecins qui l'auraient lu et approuvé sont des spécialistes en la matière, soit des psychiatres.

A cela s'ajoute que le cas du recourant est objectivement grave. En effet, il est clairement constaté qu'il présente une incapacité totale de s'intégrer dans le monde du travail. Cette considération justifie à elle seule une expertise approfondie afin de déterminer les atteintes à la santé par un spécialiste indépendant et d'éclaircir cette question une fois pour toutes, sous réserve de l'apparition d'autres pathologies dans le futur. Le CIP et le Dr B _____ ont également préconisé cette mesure d'instruction.

Cela étant, le Tribunal de céans juge nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale.

9. Il convient toutefois de déterminer quel genre d'expertise est approprié pour déterminer les maladies éventuellement à l'origine de l'incapacité de travailler. Le recourant requiert une expertise interdisciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique. Toutefois, il souffrait déjà de ses jambes au moment de son observation professionnelle par le CIP, lequel a considéré qu'il n'y avait aucune raison relevant de la santé physique qui s'opposait à l'exercice d'une activité professionnelle. Par ailleurs, le Dr I _____ a clairement déclaré, dans son rapport du 2 avril 2007, que le requérant ne présente pas de limitation significative à ses possibilités d'activité lucrative, d'un point de vue ostéo-articulaire. La symptomatologie douloureuse pourrait éventuellement limiter une activité professionnelle qui nécessiterait de fréquents changements de position, des stations debout prolongées, des marches prolongées et des ports de charge. Il est à relever également qu'aucun médecin n'a clairement diagnostiqué une fibromyalgie et le Dr

J _____ exclut pour l'instant un tel diagnostic. Il convient ainsi de constater que la capacité de travail du recourant n'est en l'état pas significativement limitée par des pathologies somatiques.

Par conséquent, seule une expertise psychiatrique s'avère nécessaire.

10. L'instruction du dossier étant incomplète, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique par un expert indépendant.
11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
12. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé qui succombe, en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 24 octobre 2006 de l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par un spécialiste indépendant.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
7. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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