REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/814/2007 **ATAS/995/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 17 septembre 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. M. M_____ (ci-après : l'assuré), né le 1965, de nationalité suisse, originaire de Tunisie, est arrivé en Suisse en 1990; marié depuis le 16 juin 1990, est père de quatre enfants nés en 1991, 1994, 1996 et 1999.

2. Dès son arrivée en Suisse, l'assuré a travaillé dans la mécanique de bowling, comme chauffeur-livreur, déménageur puis depuis septembre 2001 dans la restauration de meubles chez X_____ comme aide ébéniste-restaurateur.

3. En 2002, l'assuré a subi une cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien gauche.

4. Dès le 4 mars 2003, il a été en incapacité totale de travailler attestée par le Dr A_____, spécialiste FMH neurologie, et par le Dr B_____, spécialiste chirurgie de la main pour la période du 1er avril au 28 avril 2003.

5. Il a subi une intervention chirurgicale pour une tendinite de De Quervain du poignet gauche en mars 2003.

6. La Swica, organisation santé, assureur-maladie perte de gain (ci-après : la Swica), a alloué à l'assuré des indemnités journalières du 18 mars 2003 au 30 septembre 2004.

7. Le 13 novembre 2003, une IRM cervicale conclut à une dégénérescence discale étagée avec discarthrose en C5-C6, à une hernie discale partiellement ossifiée C5-C6, de localisation médiane et paramédiane gauche, appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural, à l'émergence de la racine C6 gauche.

8. Le 6 avril 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant des "vertiges, brûlures dans le crâne, opéré du tunnel carpien, tendons".

9. Le 16 mai 2004, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs radiculaires atypiques C5-C6 gauches depuis 1995 (?), un trouble anxio-dépressif depuis janvier 2002 et confirme une incapacité totale de travailler depuis le 1er avril 2003, ainsi qu'un impossibilité à exercer toute autre activité. Il relève que depuis 1995 l'assuré présente des douleurs latéralisées au cou de type brûlure et que des cervicalgies se sont diffusées sur l'hémithorax, l'épaule, le coude, et l'avant-bras et la main gauche. En février 2002, il avait été opéré du canal carpien. En mars 2003, un ENMG avait exclu des lésions radiculaires C5-C7 gauches.

10. Le 29 avril 2004, le Dr C_____, rhumatologie FMH, a rendu une expertise à la demande de la Swica. L'assuré estimait que les douleurs s'étaient intensifiée depuis

l'été 2003. Il se sentait déprimé et très nerveux. Lors de l'examen clinique, le patient parait déprimé et est très anxieux. Il poursuit : "Les investigations comportent une IRM que je n'ai pas vue, mais dont le rapport décrit une hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche. Le tableau clinique n'est pas typique d'un syndrome radiculaire et est plus complexe de par l'extension des douleurs à tout le membre supérieur, comme le mentionne le Dr. D_____. On pourrait imaginer qu'il y a une lésion de la coiffe des rotateurs au vu des douleurs et des limitations antalgiques de la mobilité de l'épaule gauche. Néanmoins, ici aussi le tableau clinique n'est pas typique. La symptomatologie évoque plutôt une pathologie de type syndrome somatoforme douloureux avec un état anxieux. Il faut éviter tout traitement chirurgical dont le résultat à toutes les chances d'être catastrophique. D'un point de vue médicamenteux, le patient a déjà un médicament antidépresseur tricyclique qui peut modifier le seuil douloureux. De la physiothérapie en piscine pourrait être essayée dans un but antalgique et d'amélioration de la mobilité de l'épaule. Enfin, un essai de traitement par un TENS pourrait être tenté. Le pronostic fonctionnel est mauvais et il n'y aura probablement que peu d'amélioration, quelle que soit la prise en charge". La capacité de travail dans son emploi est nulle et aucun autre emploi ne peut être exigé. Il y a des arguments pour un état anxieux et éventuellement dépressif qui parait important et une évaluation psychiatrique était souhaitable.

11. Le 16 mai 2004, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'emploi antérieur ainsi que dans toute autre activité.

12. Le 30 juin 2004, le Dr E_____, spécialiste FMH psychiatrie, psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de la Swica. L'expert relève dans le chapitre argumentaire que "l'assuré présente des symptômes dépressifs intenses et atypiques. Il présente également des signes d'angoisse physiques atypiques qui n'ont pas tous la dimension des symptômes neurovégétatifs. L'expert porte donc le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, qui est une entité assez floue englobant les troubles que l'on ne peut pas classer ailleurs. En l'occurrence, cette affection paraît sévère. L'expert réserve le diagnostic de trouble de l'adaptation qui suppose qu'il y ait un facteur de stress courant, auquel l'assuré ait de la peine à s'ajuster. En l'occurrence, discussion faite avec lui, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce qu'il y ait de sérieux facteurs de stress psychosociaux, il n'a rien laissé filer en dehors des préoccupations pour son épouse. L'expert réserve à titre de diagnostic différentiel, la notion d'épisode dépressif sévère. Il y a quelque chose de trop atypique et de trop démonstratif dans la présentation de l'assuré, ce qui ne veut pas dire que la souffrance morale soit basse et qu'il en rajoute automatiquement trop, pour retenir ce diagnostic. D'un autre côté, les symptômes douloureux présentés par l'assuré, sans base organique et correspondant à une préoccupation quotidienne importante, répondent à la nosologie d'un syndrome somatoforme douloureux. Code diagnostique CIM-10 : F41.2 : Trouble anxieux et dépressif mixte. F45.4 : Syndrome douloureux somatoforme persistant. (…)

Lorsque l'expert a formulé des intentions d'adresser l'assuré vers un psychiatre, en exposant à l'assuré quel pourrait en être le bénéfice, celui-ci a fait marche arrière. Vu ce manque de motivation, l'expert ne pense pas qu'on puisse imposer un traitement psychiatrique. Surtout après avoir observé le caractère réactionnel des troubles et leur dimension ethnologique, l'expert s'avise plutôt qu'il y a lieu d'encourager l'assuré vers une attitude proactive au travail. (…) Selon les dires de l'assuré, que l'expert ne peut pas confirmer à la lecture de l'expertise du Dr Nicolas C_____, il semble que celui-ci, pour des motifs rhumatologiques, ne pourrait plus travailler en tant qu'ébéniste restaurateur. S'il existe effectivement des rapports d'imagerie montrant quelques lésions, il serait peut-être possible de conclure que les activités manuelles répétitives demandent beaucoup de force ne pourront plus être exercées par l'assuré. Sous réserve d'impressions rhumatologiques plus fines que saura certainement écrire dans un certificat médical le Dr A_____ à l'intention de la caisse de chômage, pour motifs psychiatriques, l'assuré doit se réorienter vers la reprise de travail. Ayant interrompu longtemps son activité on peut penser qu'il doive reprendre l'activité progressivement, d'abord à 50 % durant un mois puis à 100 %".

13. Le 9 juillet 2004, le Dr. F_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une cervico-brachialgie gauche, un status après opération du tunnel carpien gauche et un état dépressif, lié à un problème de couple et des angoisses liées à ses cervicobrachialgies. L'opération du tunnel carpien ne l'avait pas soulagé.

14. Le 29 septembre 2004, la Swica a informé l'assuré que sa symptomatologie relevait du syndrome somatoforme douloureux avec un état anxieux et qu'il n'existait manifestement pas de comorbidité moyenne ou grave. Les prestations cesseraient donc dès le 1er octobre 2004.

15. Le 6 juin 2005, le Dr A_____ a attesté que l'état de santé était stationnaire depuis octobre 2004, qu'il existait des limitations de mobilité cervicale essentiellement algique, que la capacité de travail était nulle comme restaurateur de meubles et qu'il était pris en charge d'un point de vue psychique par le Dr G_____.

16. Le 3 juillet 2005, le Dr F_____ a attesté que l'état de santé s'était aggravé par l'apparition d'un trouble psychiatrique en novembre 2004, le patient étant très angoissé et anxieux. Un traitement médicamenteux lui était prescrit.

17. Le 19 mai 2006, le Dr A_____ a relevé que l'état algique s'était amélioré depuis le séjour du patient à Montana en mars 2006 mais était fluctuant. Il présentait encore une mobilité de la nuque diminuée et un retour au travail était à évaluer en été 2006 mais pas dans le même métier.

18. Le 8 juin 2006, le Dr F_____ a relevé qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 28 juin 2005.

19. Le 17 juin 2006, le Dr F_____ a estimé que l'état de santé était stationnaire, que le patient avait été réhospitalisé à Montana, qu'il l'avait examiné le 13 juin 2006 et qu'il souffrait toujours de troubles psychotiques sévères qu'il nie, en plus des douleurs. Vu les troubles psychotiques, aucune activité n'était possible.

20. Le 21 novembre 2006, le Dr H_____, psychiatre au SMR, a estimé que le trouble anxieux et dépressif mixte n'était pas sévère puisqu'il n'y avait pas d'asthénie et que les critères jurisprudentiels pour reconnaître au TSD un caractère invalidant n'étaient pas remplis. Il précise ce qui suit :

    "Un état dépressif de gravité moyenne constitue une manifestation réactive d'accompagnement du TSD et ne constitue pas ici une comorbidité. L'assuré n'a du reste pas désiré faire appel à la consultation spécialisée. Il n'existe pas d'affection corporelle chronique, l'arthrose cervicale montrant des manifestations banales chez un homme de son âge et du reste n'étant pas susceptible selon le neurochirurgien de bénéficier d'une quelconque chirurgie. L'assuré ne fait pas preuve d'un état psychique cristallisé : il s'étonne qu'on puisse lui proposer une réadaptation à son âge et a reçu le message de l'expert qu'il devrait reprendre le travail. Il n'y a pas d'échec des traitements lege artis, un traitement par TENS ou une physiothérapie en piscine ont été suggéré. L'assuré, bien qu'il s'isole, ne démontre pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, à preuve l'élégance vestimentaire qui le caractérise selon l'expert psychiatre".

21. Par projet de décision du 1er décembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a rejeté la demande de prestations.

22. Le 15 décembre 2006, l'assuré, représenté par une avocate, a rappelé à l'OCAI qu'il souffrait de douleurs persistantes et récurrentes, de manque de concentration et qu'aucun traitement n'était envisageable. Une expertise était nécessaire.

23. Par décision du 2 février 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

24. Le 26 février 2007, le Dr A_____ a attesté que l'assuré "souffre d'un syndrome douloureux du membre supérieur gauche posant le diagnostic différentiel entre une atteinte radiculaire C6, une douleur atypique avec un sentiment de picotement dans la région thoracique haute à gauche, exacerbé par des inspirations profondes avec irradiation dans le coude. Les différents bilans de médecine interne sont restés négatifs. Dans un deuxième temps, se présente des paresthésies dans la main à prédominance matinale, même à gauche à prédominance matinale ou nocturne. Un ENMG confirme un syndrome du canal carpien modéré ainsi qu'une tendinite de Quervain. D'un point de vue cervical, sont présents des troubles dégénératifs de type ostéophytose marginale postéro-latérale gauche avec possible conflit radiculaire C6 gauche. Malgré les prises en charge optimales (opération du canal carpien, de la tendinite de Quervain, physiothérapie, acupuncture, thérapie neurale), l'évolution du tableau n'est pas favorable. Les avis neurochirurgicaux sont

controversés puisque d'un côté le Dr. I_____ retient l'indication chirurgicale (mars 2003) alors que le Dr A. D_____ trouve le syndrome douloureux hautement atypique pour un syndrome radiculaire C6 : "la sémiologie dépasse totalement le cadre radiculaire avec cette impression d'acidité au niveau des dents, sentiment de brûlures dans la région du trapèze, tremblements…". Les divers IRM de contrôle et ENMG de contrôle (août 2004, septembre 2004, août 2005, décembre 2006) ne montrent pas de signe de lésion radiculaire au membre supérieur gauche. Au total, il est possible de dire que l'assuré souffre d'un état douloureux persistant cervico-brachial gauche associé à un état anxio-dépressif fluctuant". Une évaluation complémentaire de l'assurance-invalidité était nécessaire.

25. Le 27 février 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 2 février 2007 auprès du Tribunal de céans en concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'OCAI pour une évaluation complémentaire ou à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité adéquates.

26. Le 4 avril 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

27. Le 30 avril 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré :

    "J'ai été suivi par le Dr G_____, psychiatre. Je fournirai au Tribunal une attestation de ce médecin. J'ai suivi 5 à 6 séances. Je vois régulièrement les Docteurs A_____ et J_____. Les brûlures de l'épaule remontent actuellement jusqu'en haut de la tête depuis environ un an. Avant d'arrêter de travailler, j'effectuais de la restauration de meubles anciens, métier que je pratique depuis que j'ai 10 ans. J'ai été vu par beaucoup de médecins. Je ne me rappelle pas de l'expert E_____. J'ai beaucoup d'angoisses qui arrivent la nuit et je suis souvent réveillé par les douleurs. Je fais également beaucoup de cauchemars. Je prends des antidouleurs et des anxiolytiques et des anti-inflammatoires."

28. Le 12 mai 2007, le Dr G_____, spécialiste FMH psychiatrie, psychothérapie a attesté que "M. M_____ m'a été adressé le 8 avril 2004 par son médecin-traitant, Dr M. A_____, ceci pour un état anxio-dépressif. Je l'ai vu la première fois le 21 juillet 2004. Son état marqué par une tension extrême, des larmes, des tremblements et une agressivité sous jacente. Sa présentation et la représentation de ses douleurs étaient très "bizarres" et sortantes d'un cadre habituel. Le contact était difficile à établir et il y avait une sorte de non collaboration. J'ai eu l'impression d'un état psychotique sous jacent. Vu l'intensité du tableau, également l'incertitude du diagnostic, j'ai proposé une hospitalisation en milieu psychiatrique. Ceci a été refusé par le patient. Comme "compromis" son médecin l'a envoyé à la clinique de Montana où il est entré le 26 octobre 2004. M. M_____ a quitté l'établissement brusquement le 2 novembre 2004. Le diagnostic retenu était "troubles psychotiques

non spécifiés". Au retour il était très "spécial" et interprétatif. Il venait sans motivation en consultation et il me quittait le 22 décembre 2004. Il a encore demandé des médicaments par téléphone le 4 mars 2005 (Zyprexa, Tranxilium, Citalopram). Je n'ai plus revu le patient après".

29. Le Dr H_____ a relevé le 22 mai 2007 que l'assuré avait fait une crise clastique à la clinique de Montana dans le contexte d'épuisement et qu'il était important d'obtenir les lettres de sortie et rapports de cette clinique afin d'exclure une schizophrénie, ce qui avait été demandé.

30. Une note téléphonique au dossier de l'OCAI mentionne que le Sr G_____ soupçonne une psychose mais que le diagnostic n'avait pas été posé faute de temps et le patient ne consultait plus.

31. Le 6 juillet 2007, le De H_____ a indiqué que "le rapport du Dr G_____ du 12 mai 2007, basé sur les consultations de 2004, évoquait la "suspicion d'un état psychotique". Il n'y a pas eu de suivi depuis. Les rapports de la clinique de Montana, s'ils mentionnent le diagnostic de troubles psychotiques non spécifiés, sont le fait d'une appréciation médicale effectuée par un somaticien. J'ai pris contact ce jour avec le Dr G_____ qui, bien rappelant le contenu de sa lettre, signale la manière violente et colérique du patient de s'exprimer, le plus souvent par des mots et invectives plus que par des phrases, sans aucun entregent, et qui pourrait en imposer pour une psychose. Il n'a pas eu suffisamment de temps pour apprécier la situation. De ce fait, l'expertise psychiatrique du Dr E_____ prend nécessairement le pas sur la suspicion qu'a pu avoir le psychiatre traitant, suspicion qu'il a modulé dans notre conversation téléphonique du jour. Elle doit également être favorisée par rapport à l'impression du somaticien à Montana qui pose un diagnostic psychiatrique en dehors de sa spécialité".

32. Le 3 août 2007, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il était toujours dans l'attente des rapports médicaux de la clinique genevoise de Montana.

33. Sur quoi, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 6 avril 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 1er décembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 2 février 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 février 2007.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée

invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à $66^{2/3}$ % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

   b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre

2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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).

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

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 judiciaire le fait que celle-ci contient 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).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui,

par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence

en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

b) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque

l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

S'agissant enfin de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

10. a) En l'espèce, l'intimé se fonde sur l'expertise du Dr E_____ pour conclure à l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte non sévère et n'entraînant pas d'incapacité de travail ainsi que sur celle du Dr C_____ pour retenir un trouble somatoforme douloureux qu'il juge comme ne remplissant pas les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître un caractère invalidant.

b) S'agissant de l'expertise du Dr E_____, il y a lieu de relever les incohérences suivantes :

- Tout en précisant dans l'anamnèse que l'assuré dit avoir quatre enfants dont il ne se souvient plus ni les âges ni les années de naissance, l'expert mentionne curieusement que les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées et que l'assuré retrouve des dates d'événements récents ou biographiques indépendants et concordantes à celles du calendrier et à celles des documents au dossier (expertise p. 8).

- On ne comprend pas en quoi l'apparence de l'assuré décrite comme vêtu de manière très décontractée ou encore joliment habillé, coiffé avec soin et parfumé trancherait avec ses plaintes d'incompétence fonctionnelle et sa souffrance (expertise p. 7).

- L'expert ne motive absolument pas en quoi les plaintes de l'assuré (insomnie, perte de tout intérêt, énervement, irritabilité, tristesse, pleurs fréquents, agressivité, inactivité) qu'il cite lui-même auraient "quelque chose d'étrange et de pas très consistant avec ce que l'on voit normalement dans une dépression" (expertise p. 10).

- Concernant le diagnostic de somatisation, l'expert mentionne qu'il existe des douleurs somatiques de type cervicobrachialgies fixes depuis 1995 tout en expliquant curieusement que le critère de la durée, soit des plaintes somatiques depuis au moins deux ans, n'est pas réalisé. Il affirme ensuite qu'il n'existe pas de refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique alors que, d'une part, il existe une cause organique à certaines douleurs du recourant, soit la discopathie C5-C6, et, d'autre part, il est mentionné par l'expert lui-même que l'assuré ne comprend pas pourquoi chaque médecin veut l'envoyer chez un psychiatre (expertise p. 6).

- S'agissant du diagnostic, l'expert retient un trouble anxieux et dépressif mixte qui lui parait sévère (expertise p. 12 et 13) ainsi qu'un syndrome somatoforme persistant. Il réserve aussi celui d'épisode dépressif sévère. Malgré ces diagnostics, l'expert conclut sans conviction qu'il y a lieu d'encourager l'assuré vers une attitude proactive au travail (expertise p. 13) et atteste d'une capacité de travail à 50 % durant le premier mois puis à 100 %. La motivation de l'expert repose en effet sur la constatation que la doctrine médicale encourage, en cas de douleurs chroniques, à de la remobilisation et de l'activité (expertise p. 13, 14 et 15). Sur cette base, l'expert estime que le recourant devrait se remettre au travail, tout en ignorant le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sévère qu'il a lui-même posé.

- L'expert semble ensuite exclure un diagnostic de dépression au motif qu'il manque le symptôme majeur de l'asthénie (expertise p. 12). Cependant, le recourant n'a apparemment pas compris le sens de la question de l'expert relative à une baisse d'énergie (expertise p. 9) et aurait répondu qu'il n'était pas fatigué la journée alors qu'il ne dort pas la nuit, ce qui n'apparaissait pas crédible (expertise p. 9). L'expert a cependant renoncé à investiguer ce point et retenu de façon peu convaincante l'inexistence d'une asthénie.

- Enfin, l'expert se permet de prendre des conclusions rhumatologiques alors qu'il n'est pas spécialisé dans ce domaine en estimant que, s'il existe effectivement des rapports d'imagerie montrant quelques lésions, il serait éventuellement possible de

conclure que seules les activités manuelles répétitives demandant beaucoup de force ne pourraient plus être exercées par l'assuré.

Pour toutes ces raisons, l'expertise du Dr E_____ ne remplit pas les conditions jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une valeur probante et l'intimé ne peut l'invoquer pour justifier sa décision de refus de prestations.

c) Quant à l'avis du SMR du 21 novembre 2006, il ne saurait être suivi lorsqu'il estime, d'une part, que selon l'expertise du Dr E_____, le trouble anxieux et dépressif mixte n'est pas sévère et que, d'autre part, le TSD n'est pas invalidant en raison des motivations sommaires suivantes :

- Le recourant ne subirait pas d'affection corporelle chronique au seul motif que l'arthrose cervicale n'est pas susceptible de bénéficier d'une chirurgie.

- Il ne présenterait pas un état psychique cristallisé car il s'étonnait qu'on lui propose une réadaptation à son âge et l'expert lui avait dit de reprendre le travail.

- Des traitements lege artis seraient encore possible (TENS et physiothérapie en piscine), alors même que le Dr A_____ a relevé le 26 févier 2007 qu'une prise en charge optimale avait été effectuée.

- Il ne serait pas en perte d'intégration sociale dès lors qu'il s'habille de façon élégante.

d) Par ailleurs, il ressort du dossier que le Dr C_____ a attesté le 29 avril 2004 que le patient était déprimé et très anxieux, que le Dr F_____ a relevé le 3 juillet 2005 qu'il existait un trouble psychiatrique depuis novembre 2004 et que le patient était très angoissé et anxieux; que le recourant a séjourné à la clinique de Montana en octobre/novembre 2004 (selon avis du Dr G_____ du 12 mai 2007), en mars 2006 (selon avis du Dr A_____ du 19 mai 2006) et en juin 2006 (selon avis du Dr F_____ du 17 juin 2006) et que selon le SMR et le Dr G_____ un diagnostic de troubles psychotiques non spécifiés aurait été posé par les médecins de cette clinique, qu'enfin, le Dr G_____ relève le 12 mai 2007 qu'il a eu l'impression en juillet 2004 d'un état psychotique sous-jacent.

Au vu de ces avis médicaux soupçonnant fortement un trouble psychique important du recourant et du fait que ni l'expertise du Dr E_____ ni l'avis du SMR du 21 novembre 2006 ne répondent aux exigences de valeur probante d'un rapport médical, une nouvelle instruction médicale est nécessaire.

11. a) Il conviendra en conséquence d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Les investigations médicales devront être effectuée sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique confiée à un COMAI

qui se prononcera en particulier sur les critères énumérés par la jurisprudence pour déterminer si un TSD est ou non invalidant (cf. consid. 9 et 10 SUPRA).

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), et une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant à charge de l'OCAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision de l'OCAI du 2 février 2007.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

5. Condamne l'OCAI à verser une indemnité de 1'500 fr. au recourant.

6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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