RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1611/2002 **ATAS/1038/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère Chambre

du 26 octobre 2004

En la cause

Monsieur M_____, comparant par Maître Mauro POGGIA en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, domicilié rue de Lyon 97 à Genève	intimé
FONDATION DE PREVOYANCE DES SOCIETES DU GROUPE Y_____, domiciliée avenue de Champel 8c à Genève	appelée en cause

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en mars 1950, a déposé le 10 février 1999 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente AI. Il allègue souffrir d'une importante arthrose aux deux pieds et d'hernies bilatérales inguinale et crurale.

   L'assuré assumait un poste de responsable des changes, de la trésorerie et des relations bancaires de la Société Y_____ depuis 1984. Il a cessé de travailler en raison de son état de santé depuis le 2 septembre 1996, et définitivement, après une tentative de reprise à 50%, depuis le 27 avril 1999.

2. Son médecin traitant, le Docteur A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a dans un rapport adressé à l'OCAI le 24 février 1999, posé le diagnostic suivant : status après arthrodèse de la 1ère articulation métatarso-phalangienne pour hallux rigidus de stade IV, étant précisé que l'atteinte à la santé existait depuis début 1996.

3. Le Docteur B_____, également médecin traitant, neurochirurgien, a quant à lui parlé d'un status après une intervention chirurgicale de hernie discale L5-S1 subie le 30 septembre 1997. Il a fixé à 100% l'incapacité de travail de son patient à compter du 29 septembre 1997 et à 50% depuis le 1er février 1999 (cf. rapport du 1er mars 1999). Le 27 avril 1999, ce médecin a déclaré que l'assuré ne pouvait plus exercer ni son activité antérieure de cambiste ni une autre activité, en raison de douleurs permanentes à la hanche gauche.

4. L'assuré a été examiné à la demande de la Bâloise Assurance par le Docteur C_____ qui l'a considéré comme incapable de travailler à 50% dans une activité de bureau (rapport du 13 avril 1999).

5. Mandatés par l'OCAI, le Professeur D_____, neurologue, ainsi que le Docteur E_____, rhumatologue, ont établi un rapport d'expertise le 21 mars 2000. Il en ressort que l'assuré a souffert dans son adolescence de dorsalgies, accentuées au cours du service militaire, probablement en partie favorisées par une anomalie statique des pieds qui a du reste conduit en 1996 et 1997 à trois interventions chirurgicales avec arthrodèse à la partie distale des deux pieds. Les experts ont en définitive retenu un trouble somatoforme douloureux, lequel peut engendrer une certaine incapacité de travail, au maximum de 50%. Ils ont considéré que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle dans le cadre d'une banque mais pas dans une activité de gestionnaire de la bourse comme jusqu'alors.

Interrogés plus particulièrement sur la compatibilité entre la pratique du golf qu'affectionnait l'assuré et l'état de santé constaté, les deux médecins ont rappelé que les compétitions de golf sollicitent plutôt les mouvements de rotation de la colonne cervico-dorsale et des bras mais pas tellement les structures de la région lombaire et expliquent que « c'est la seule justification qu'on peut admettre pour justifier la participation de l'assuré à deux compétitions rapprochées de golf ».

6. Le Docteur F_____, médecin-conseil de l'OCAI, ayant souhaité obtenir du Docteur E_____ des précisions supplémentaire sur le fait que l'assuré était joueur de golf, celui-ci a confirmé que l'atteinte objective actuelle ne justifiait pas une incapacité totale, que plusieurs facteurs avaient vraisemblablement favorisé la chronicisation du syndrome lombaire et la longue période d'incapacité de travail depuis 1996 et le licenciement en 1999, que les douleurs actuelles s'apparentaient à des troubles somatoformes douloureux, lesquels engendraient une incapacité de travail de 50% au maximum, qu'enfin il s'était posé la question de l'opportunité à effectuer un bilan psychiatrique à la recherche d'une dépression latente qui pourrait majorer les douleurs et augmenter les difficultés de réinsertion. Il rappelle que les principales limitations fonctionnelles sont celles liées à des sollicitations répétitives concernant le port de charges, les flexions répétées du tronc, des douleurs de type tendinite des adducteurs et musculature fessière des hanches. Selon lui,

> « il conviendrait de déterminer avec précision si le patient a effectivement bien joué au golf, ou s'il a plutôt voulu, mais n'a pas pu. Il conviendrait également de déterminer de quelle manière il a joué et s'il a pu jouer « comme d'habitude ». Les sollicitations mécaniques entraînant des rotations rachidiennes provoquent certainement une surcharge au niveau lombaire. La limitation observée lors de l'examen rachidien montre une limitation segmentaire L4-L5 qui, à mon avis, a dû réduire sa capacité à effectuer un swing normal. Je trouve que si l'assuré a effectivement participé à des compétitions de golf, je pense qu'il s'agit là plutôt d'un élément favorable lui montrant qu'il y a des possibilités de lutte contre la douleur, qu'il n'est pas totalement invalide. Cela démontre la disparité observée fréquemment dans les troubles somatoformes ou syndromes douloureux chroniques entre les limitations physiques et les limitations psychologiques » (cf. rapport du 4 juillet 2000).

Le Docteur F_____, a, vu le diagnostic posé de troubles somatoformes douloureux, proposé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique. Un mandat a ainsi été confié au Docteur G_____. Il appert du rapport d'expertise, daté du 9 novembre 2000, qu'aucune affection psychiatrique ne justifie une quelconque incapacité de travail. Selon l'expert, un trouble somatoforme douloureux est en principe accompagné de dépressions et angoisse, lesquelles font complètement défaut en l'occurrence. L'assuré ne souffre pas non plus de troubles du sommeil.

Se fondant sur ce rapport, le Docteur F_____ en a conclu qu'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI n'avait été mise en évidence (cf. note du 23 novembre 2000).

7. L'assuré étant suivi par la Doctoresse H_____, du Centre de thérapie neurale, depuis le 4 octobre 2000, celle-ci a été interrogée par l'OCAI (rapport du 21 janvier 2001). Elle déclare que son patient se plaint de fatigue, de lombalgies chroniques et de difficultés à la marche. Dans un rapport du 7 mai 2001, ce médecin précise que son patient souffre de douleurs généralisées type fibromyalgie depuis 1996. Elle n'indique aucun taux d'incapacité de travail, mais souligne qu'il y a lieu de se référer à cet égard aux observations du médecin traitant. Elle précise qu'il n'y a pas eu aggravation notable de l'état de santé par rapport à juillet 2000, dans la mesure où elle a pu constater un début d'assouplissement et le fait que par moment, les douleurs soient plus tolérables. Elle ajoute enfin qu'elle n'a pas constaté d'éléments qui laisserait envisager un trouble psychique.

8. Le Docteur F_____ a invité le Professeur D_____ à se déterminer. Celui-ci a, par courrier du 25 juin 2001, rappelé que :

> « nous avions conclu que l'assuré présentait des douleurs chroniques depuis deux ans pour lesquelles une origine organique pouvait être exclue. Nos résultats neurologiques et les examens complémentaires avaient permis d'exclure la présence d'une douleur radiculaire, médullaire ou neuromusculaire. Une pathologie ostéo-articulaire n'avait pas été retenue et une investigation rhumatologique avait permis d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire. C'est dans cet ordre d'idée que nous avons retenu le diagnostic d'une douleur chronifiée sans substrat organique. Le neurologue peut poser un diagnostic d'une telle douleur sans pour cela solliciter l'avis d'un psychiatre. Nous avions proposé à la page 11 de notre expertise qu'il fallait imposer rapidement au patient une reprise de travail à 50%. Cette capacité de travail pouvait être augmentée après une à deux années. Nous avions retenu par contre que le patient ne pouvait pas reprendre l'intégralité des mandats qu'il avait comme gestionnaire de la bourse. Certainement il devrait être possible dans une entreprise comme celle dans laquelle il travaillait de trouver une activité adaptée à sa situation physique. Nous partageons votre avis que cette activité pourrait être réinitiée avec un 50% pour atteindre éventuellement un pourcentage plus haut, voire comme vous l'évoquez de 75% dans un à deux ans ».

9. Par décision du 21 janvier 2002, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande visant à obtenir l'octroi de mesures professionnelles et une rente était rejetée.

10. L'assuré, représenté par Maître Mauro POGGIA, a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI le 22 février 2002 contre ladite décision. Il se fonde sur le rapport d'expertise du Professeur D_____, lequel

avait conclu à une incapacité de travail de 100%, une reprise rapide à 50% puis à 75% éventuellement dans un an ou deux, et sur le rapport du Docteur G_____ du 9 novembre 2000, duquel il ressort qu'il ne souffre pas de troubles psychiques. Il constate que les conclusions de la Doctoresse H_____ n'ont pas été prises en considération et se plaint enfin des pressions intolérables exercées sur l'OCAI par le Fonds de pension du groupe Y_____.

Il produit le 29 avril 2002 un rapport de la Doctoresse I_____, médecin à Paris auprès de la consultation de rhumatologie, daté du 18 avril 2002, aux termes duquel il souffre effectivement de polyalgies arthromyalgiques chroniques associées à des troubles du sommeil et dysthymiques. L'assuré précise par ailleurs qu'il a effectué une dernière compétition de golf en individuel en septembre 1999 et n'a participé à aucune compétition en 2000 et 2001. Selon lui, « l'ampleur qui a été donnée à cette activité est à rechercher dans les interventions malveillantes de la Fondation de prévoyance, dont le représentant cherche manifestement à nuire à l'assuré pour des raisons personnelles ».

11. Dans son préavis du 14 mai 2002, l'OCAI a informé la Commission cantonale de recours AVS-AI, que par jugement du 18 avril 2002 rendu par le Tribunal de police d'arrondissement de la Côte, l'assuré avait été condamné à la peine d'un mois d'emprisonnement avec sursis pendant deux ans pour faux dans les titres, que dans ce jugement il apparaissait que les attestations du Golf Club du Domaine Impérial produites par l'assuré dans le cadre de l'instruction de sa demande AI étaient fausses, que le Tribunal avait du reste considéré que ces faux avaient pour but « de dissoudre la méfiance de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité afin d'obtenir un résultat favorable à l'accueil de la demande AI ». L'OCAI conclut au rejet du recours.

12. Invité à se déterminer, l'assuré tient à expliquer qu'il est important de distinguer compétitions individuelles et compétitions par équipes, ces dernières ne remettant pas en cause le handicap du joueur de golf et ayant une finalité ludique et conviviale. Aussi n'a-t-il participé qu'à une compétition individuelle le 14 juin 1997 et à deux en 1999.

13. La Doctoresse I_____ a adressé l'assuré au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève. Un rapport a été établi par ce Centre le 21 mai 2002.

14. L'OCAI a considéré qu'aucune pathologie nouvelle n'avait été mise à jour par le Centre de la douleur (cf. courrier du 1er avril 2003 et note du Docteur F_____ du 31 mars 2003).

15. Par jugement incident du 16 avril 2003, la Commission cantonale de recours AVS-AI a rejeté la requête d'appel en cause déposée par la Fondation de prévoyance, considérant qu'il s'agissait là en réalité d'une intervention déguisée, mais a elle-même ordonné son appel en cause. Le jugement a été notifié aux parties le 7 juillet 2003.

16. La cause a été transmise d'office au Tribunal de céans dès le 1er août 2003.

    Un délai a été imparti à la Fondation pour se déterminer. Dans ses écritures du 10 septembre 2003, celle-ci relève que les experts ne se sont pas exprimés sur les performances sportives accomplies par l'assuré. Elle souligne plus particulièrement que selon le Docteur B_____, l'assuré ne peut se tenir debout qu'environ une heure par jour, que selon le Professeur D_____, les douleurs sont telles qu'il ne peut reprendre une activité professionnelle, et que selon le Docteur E_____, il ne peut pas marcher plus d'une heure, et que malgré cela, l'assuré a participé à six compétitions de golf en 1997, à neuf en 1998 et à dix en 1999 alors qu'un parcourt de golf dure entre 3 h 30 et 5 heures. Des informations sur le golf accompagnées d'illustrations sont par ailleurs jointes à ces écritures.

17. Les 16 et 22 octobre 2003 respectivement, le recourant et l'OCAI persistent dans leurs conclusions.

18. Entendue par le Tribunal de céans le 14 septembre 2004, la Doctoresse H_____ a notamment déclaré qu'elle ne partageait pas l'avis du Professeur D_____, selon lequel le patient souffre d'une douleur chronifiée sans substrat organique, dans la mesure où elle a pu constater sur la base de l'évolution depuis octobre 2002 qu'il y avait changement dans les tissus. Elle affirme qu'elle peut déterminer si une personne exagère ou non les douleurs, en comparant les réactions du corps avec les déclarations, et souligne que le recourant « n'en a pas rajouté ». Elle fixe le taux d'incapacité de travail à 100%, rappelant que lorsque les vertèbres sont figées et manquent de souplesse, le corps, même sans avoir à faire d'efforts, doit sans cesse s'adapter, ce qui est épuisant et conduit à des difficultés de concentration, de mémorisation ainsi qu'à des problèmes de vision et d'ouïe. Elle a par ailleurs indiqué que pratiquer une activité physique en plein air paraissait tout à fait bénéfique pour le recourant, une telle activité contribuant à ralentir le processus de rigidification. Elle a enfin admis n'avoir eu aucun contact ni aucun échange avec les médecins traitants de son patient, ne l'ayant pas jugé utile puisque son approche est très différente de celle de la médecine classique (cf. procès-verbal d'enquêtes du 14 septembre 2004).

19. Lors de sa comparution, le recourant a précisé qu'il avait cessé de pratiquer le golf en septembre 1999, qu'auparavant, il utilisait un chariot électrique télécommandé pour porter le matériel, que cette activité sportive lui avait été recommandée par le médecin et lui permettait de conserver des liens sociaux, que depuis 2000

cependant, il gardait en principe le lit toute la journée en raison des douleurs très fortes (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 14 septembre 2004).

La cause a été gardée à juger.

Les allégués des parties seront repris en tant que de besoin dans la partie « en droit » qui suit.

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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. 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 de l'AVS-AI. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 366).

Le recours interjeté en temps utile auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

4. L'art. 4 alinéa 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Aux termes de l'art. 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité :

Degré de l'invalidité	Droit à la rente en fractions d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 2/3 pour cent au moins	rente entière

5. En l'espèce, au regard de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, il apparaît que le recourant ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique de nature à entraîner à elle seule une diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée. En revanche, les experts D_____ et E_____ ont constaté la présence de douleurs loco-régionales d'origine musculaire et ligamentaire combinées à une discrète limitation de la mobilité du segment vertébral L5-S1 et de l'articulation coxo-fémorale gauche correspondant selon eux à un syndrome somatoforme douloureux. Ils ont retenu le diagnostic d'une douleur chronifiée sans substrat organique. La Doctoresse H_____ a également posé le diagnostic de douleurs généralisées, type fibromyalgie. La Doctoresse I_____ quant à elle a indiqué qu'il souffrait de polyalgies arthromyalgiques chroniques associées à des troubles du sommeil et dysthymiques et a très sérieusement envisagé l'existence d'une fibromyalgie.

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. LAI, il faut mentionner – outre les affections mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être fixée aussi objectivement que possible. Il convient donc d'examiner si et

dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 consid. 2b, p. 224s. ; VSI 2000 consid. 2a, p. 153 ; VSI 1996, p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992, p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss. consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 ; arrêt B. du 18 mai 2004, prévu pour la publication, I 457/02, consid. 5.3.1).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tels des troubles somatoformes douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N précité, consid. 2.2.3 ; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namenlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit., p. 76 ss. spéc. p. 81 sv). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les

troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, – sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV n° 1 p. 2 consid. 3b/bb ; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) – raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 sv. consid 2b et les références ; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités ; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus – lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de positions médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les

constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a ; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux consid. 3.2 et 3.3 ci-dessus (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.5).

Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être qualifiés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base de l'appréciation du dossier médical, des manifestions réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA précité du 12 mars 2004 consid. 3.3.1).

En principe, le juge ne s'écarte 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 (ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000 ; ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32ss et les réf. citées). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf. ; ATFA non publié du 19 janvier 2000).

A ce titre, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizeriches Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss. ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

7. A cet égard, tant l'expertise des Docteurs D_____ et E_____ que celle du Docteur G_____ remplissent les critères jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

   Il s'agit de déterminer, à la lumière de ces deux rapports d'expertise, de leurs compléments, et des pièces figurant dans le dossier, si les troubles somatoformes douloureux sont en l'espèce invalidants au sens de la jurisprudence.

8. Le Professeur D_____ et le Docteur E_____ ont conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité de bureau et de 75% dans une année ou deux. Ils ont constaté que l'assuré présentait des douleurs chroniques depuis deux ans pour lesquelles une origine organique pouvait être exclue.

9. Selon l'expertise du Docteur G_____, le recourant ne souffre d'aucun trouble psychique, de nature à l'empêcher de reprendre une activité lucrative dans le domaine des banques et ne présente pas de signe d'une névrose de compensation. Celui-ci du reste a lui-même déclaré n'être atteint d'aucune maladie psychique.

   Il a dès lors lieu de nier ici l'existence d'une quelconque comorbidité psychiatrique pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part du recourant.

Se pose à ce stade la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux litigieux.

Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, qui seraient susceptibles de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle apparaît certes présent ; toutefois il n'est à lui seul pas suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier une invalidité.

La poursuite du traitement neural en cours chez la Doctoresse H_____ serait susceptible d'améliorer son état de santé ; preuve en est que celle-ci a déjà été en mesure de constater un début d'assouplissement depuis qu'elle le suit.

Tant l'OCAI que la Fondation ont fait grand cas du fait que le recourant ait tu, ou du moins partiellement tu, sa participation à des compétitions de golf. L'OCAI particulièrement, en vient à mettre en doute la vraisemblance des douleurs alléguées (cf. note du Docteur F_____ du 31 mars 2003).

Le recourant, en réponse, entend distinguer la compétition individuelle et la compétition par équipe.

La question de déterminer si la participation à des compétitions de golf, qu'elles soient individuelles ou par équipes, est incompatible ou non avec une incapacité de travail de 50% peut en réalité être laissée ouverte. Il s'agit en effet plutôt de constater que grâce à la pratique du golf, du reste recommandée par les médecins, l'assuré a maintenu des liens sociaux déterminants, de sorte qu'il n'a ainsi pas subi de perte d'intégration sociale.

Il s'ensuit que le trouble somatoforme douloureux dont le recourant est affecté ne revêt pas un degré de gravité suffisant que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail du recourant ne peut plus être raisonnablement exigée de lui. Il convient au contraire d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Les griefs invoqués s'avérant infondés, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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