RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/167/2004 **ATAS/493/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 26 mai 2005

En la cause

Monsieur R_____, GENEVE, mais comparant par Maître Christian FISCHELE en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né le 1956, a travaillé en qualité de peintre en bâtiment.

2. Le 1er décembre 1989, il s'est cogné la tête lors d'une chute sur les lieux de son travail.

3. Le 18 février 1990 son genou gauche a brusquement lâché alors qu'il marchait dans la rue.

4. En août 1992, suite à une chute sur le dos, il a été hospitalisé à la clinique d'orthopédie de l'hôpital cantonal où l'on a posé le diagnostic de contusions lombaires.

5. En janvier 1996, il consulte pour la première fois la Clinique de rééducation des ("établissement hospitalier") pour des lombosciatalgies gauches apparues en septembre 1995. Les divers traitements de physiothérapie n'ont apporté qu'un soulagement passager. Les symptômes ont cependant diminué de manière à permettre la reprise du travail à 50% le 7 mars 1996. Une tentative de reprise à plein temps le 15 août 1996 s'est soldée par un échec avec retour à 50% dès le 30 août 1996. Par la suite, une nouvelle exacerbation des douleurs a motivé un arrêt de travail dès le 11 novembre 1996. Des dysfonctions vertébrales D4-D5 et D11-D12 ont alors été constatées, ainsi qu'une irritation des ligaments ilio-lombaires des deux côtés et des contractures paravertébrales bilatérales prédominant à gauche. Peu à peu, les douleurs se sont atténuées et la clinique a décidé de procéder à une évaluation de la capacité de travail résiduelle dans son atelier de réadaptation professionnelle. Cette évaluation a cependant dû être rapidement interrompue en raison des douleurs au niveau des trapèzes des deux côtés mais, à la demande du patient, une nouvelle tentative de reprise du travail à 100% a eu lieu le 17 septembre 1997 (cf. rapport de la clinique de réadaptation du 31 mai 2000).

6. Le 16 décembre 1997, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation ayant provoqué un "coup du lapin".

7. Le 8 décembre 1997, l'intéressé s'est annoncé auprès de l'Office cantonal de l'emploi et un délai-cadre a été ouvert en sa faveur jusqu'au 8 décembre 1999 pour un gain assuré de Fr. 4'545.-. L'assuré a été en arrêt de travail dès le 24 avril 1998.

8. Le 5 mai 1998, l'assuré a consulté une nouvelle fois la clinique de réadaptation des "établissement hospitalier" en raison d'une exacerbation des douleurs cervicales et d'un blocage de la nuque. Les diagnostics de probable traumatisme crânien et dysfonction cervicale post-traumatique ont été posés. Depuis lors, les lombalgies et cervicalgies ont persisté (cf. rapport de la clinique de réadaptation du 31 mai 2000).

9. Le 21 décembre 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

10. A partir du 12 mai 2000, il a travaillé pour l'entreprise X_____& CIE, à raison de 40 heures par semaine. Il était payé Fr. 26.50 de l'heure.

11. Le 31 mai 2000, interrogée par l'OCAI, le Dr A_____, cheffe de service de la clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève ("établissement hospitalier") a indiqué que l'assuré était atteint, depuis 1992, de lombosciatalgies gauches chroniques et de troubles dégénératifs du rachis lombaire qui le rendaient, depuis le 16 décembre 1997, incapable d'exercer sa profession de peintre en bâtiment. Le médecin a souligné qu'aucun bilan de la capacité de travail de l'assuré n'avait pu être réalisé à l'atelier de réadaptation professionnelle car à chaque fois, le patient avait interrompu la prise en charge ou ne s'était pas présenté aux rendez-vous en évoquant des problèmes familiaux. Le patient n'avait d'ailleurs plus consulté depuis le 6 octobre 1999.

12. Le 18 juillet 2000, alors qu'il portait une charge de 20 kg, l'assuré a ressenti une douleur subite au niveau des vertèbres, irradiant le membre inférieur droit jusqu'à l'hallux, associée à des vertiges. Le diagnostic de syndrome lombosciatalgique aigu a été posé et un traitement conservateur préconisé.

13. En incapacité de travail depuis le 18 juillet 2000, l'assuré a reçu des indemnités perte de gain de l'assurance-maladie collective du Bâtiment (La GENEVOISE).

14. Il a en outre reçu des prestations de la part de l'HOSPICE GENERAL.

15. D'un rapport établi le 7 août 2000 par la clinique de rééducation des "établissement hospitalier" (Drs B_____, C_____ et D_____) après un séjour de l'assuré du 19 au 28 juillet 2000, il ressort que ce dernier est atteint de lombosciatalgie aiguë droite non déficitaire et de discopathie L4 avec ancienne fracture du plateau supérieur. L'anamnèse révèle notamment qu'il souffre de cervicalgies chroniques depuis 1996. Les lombalgies, chroniques, évoluent depuis 1996 avec des blocages itératifs à répétition. Il a été précisé que, le jour de sa sortie, le patient s'est plaint d'un nouvel épisode aigu de lombosciatalgie, localisé à gauche, cette fois. En raison du status clinique, qui ne démontrait pas de nouveau syndrome lombo-vertébral ou radiculaire et de nombreux signes de non-organicité, les médecins ont expliqué à l'assuré l'inutilité de la poursuite de l'hospitalisation et insisté sur la nécessité d'un suivi médical spécialisé par un rhumatologue.

16. Le 29 novembre 2000, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué au médecin-conseil de LA GENEVOISE être frappé par la discordance entre l'importance des plaintes et du syndrome douloureux et l'absence de lésions somatiques évidentes. Il a rappelé que les médecin de la clinique de rééducation avaient mis en évidence cinq signes de Waddell positifs sur cinq, ce qui suggérait

une évolution vers un trouble somatoforme douloureux. Il a également indiqué que le patient ne semblait pas motivé pour reprendre le travail, mais qu'une reprise devrait selon lui être tentée avant de renoncer à une réinsertion professionnelle.

17. Le Dr F_____, médecin traitant, a adressé un rapport médical au médecin-conseil de LA GENEVOISE en date du 29 mars 2001. Le patient se plaignait d'une aggravation des douleurs cervicales, des douleurs dans les membres, de lombalgies avec épisodes de blocage et de troubles du sommeil. Il a été souligné que l'assuré avait tenté de reprendre le travail en janvier 2001 et que cet essai s'était soldé par un échec. Après deux ou trois heures de peinture, il avait dû cesser le travail en raison de douleurs insupportables.

18. Le 18 septembre 2001, le Dr G_____, de la permanence de Vermont, a indiqué que l'état du patient était stationnaire. Il a posé un pronostic médiocre motivé par le fait que le patient n'arrivait pas à envisager de reprise du travail en raison de ses multiples douleurs.

19. Le 15 novembre 2001, la Dresse F_____ a établi un rapport médical de réinsertion professionnelle à l'intention de l'OCAI. Au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu des lombosciatalgies chroniques depuis 2000 et des cervicalgies chroniques depuis 1996. Au nombre de ceux qui n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, elle a énuméré : une bronchectasie pulmonaire, un status après résection d'un histiocytome fibreux pré-patellaire gauche et méniscectomie gauche en 1999. Elle a évalué la capacité de travail à 0% depuis le 18 juillet 2000. Il a été indiqué que de nombreux traitements avaient été essayés sans grand succès; les anti-inflammatoires diminuaient légèrement la douleur. Le médecin a émis l'avis qu'une reprise du travail dans le domaine de la peinture en bâtiment ne serait probablement pas possible. Elle a en revanche estimé qu'il serait souhaitable et probablement possible que le patient reprenne une autre activité, laquelle ne devrait pas solliciter la colonne vertébrale et les cervicales. Il lui a en revanche été impossible d'évaluer dans quelle mesure le patient pourrait alors travailler et s'il y aurait une diminution de rendement.

20. Le 21 février 2003, à la demande de l'OCAI, le Dr H_____, rhumatologue, a procédé à une expertise sur la base du dossier, d'un entretien et d'un examen clinique de l'assuré. L'examen n'a pas mis en évidence d'éléments pour une pathologie vertébrale majeure. Le médecin a relevé des signes donnant à penser à un comportement ou à une sensibilité algiques augmentés (tests de Waddell positifs) L'ensemble des examens complémentaires n'a pas mis non plus en lumière d'atteinte rachidienne spécifique. L'expert a estimé qu'il n'y avait pas à proprement parler d'état dépressif sous-jacent. Il a toutefois suggéré de procéder à une expertise psychiatrique. Selon lui, l'assuré ne présente pas d'atteinte organique ou structurale majeure relevant d'un diagnostic médical en tant que tel; il s'agirait plus probablement d'un problème d'inadaptation sociale et d'"influence du système de

santé". Au plan strictement physique, l'expert a jugé que l'assuré n'avait aucune limitation fonctionnelle. Au plan psychique, il a préconisé qu'on vérifie l'absence d'état dépressif sous-jacent. La capacité de travail est nulle en raison de l'expression symptomatique douloureuse et du handicap fonctionnel subjectif important. Le médecin a toutefois suggéré une réadaptation afin de permettre à l'assuré de retrouver une certaine indépendance économico-sociale.

21. A son tour mandatée par l'OCAI, la Dresse I_____, psychiatre et psychothérapeute, a rendu un rapport d'expertise en date du 29 juillet 2003. Elle a posé le diagnostic de "facteurs psychologiques influençant une affection physique" (F 54) depuis 1997. Le médecin a émis l'opinion que l'assuré, suite à différents accidents, avait développé des symptômes physiques dus aux traumatismes subis. Ces symptômes persistant alors qu'il exerce une profession manuelle, un sentiment de détresse est apparu. L'appréhension, l'inquiétude constante concernant l'avenir de ses enfants restés au Kosovo - exacerbées en 1999, pendant la période de la guerre - ont influencé l'évolution de la maladie physique, de sorte qu'il s'est installé dans un rôle de malade qui lui permet d'échapper à la culpabilité et lui apporte l'attention d'autrui. Néanmoins, le médecin a estimé que les facteurs psychologiques qui avaient influencé l'évolution de la maladie physique, persistants mais légers, ne justifiaient pas de diagnostiquer l'un des troubles décrits au chapitre V de l'ICD-10 et que sa capacité de travail, en ce qui concernait les affections psychiques, était de 100%. L'experte s'est toutefois déclarée convaincue que l'assuré ressentait vraiment des douleurs et qu'il ne s'agissait pas de simulation. Selon elle, le rendement est diminué par la symptomatologie douloureuse mais non par les problèmes psychiques.

22. Par décision du 12 septembre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, faute d'invalidité.

23. Le 1er octobre 2003, l'assuré a formé opposition.

24. Par décision sur opposition du 15 décembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il s'est référé à l'expertise de la Dresse I_____ du 29 juillet 2003 et à celle du Dr H_____ du 27 mai 2003. Il en a tiré la conclusion que l'assuré pouvait travailler à raison de huit heures par jour dans une activité adaptée et qu'il n'était donc pas limité dans sa capacité de gain.

25. Par courrier du 14 janvier 2004 adressé à l'OCAI, l'assuré a annoncé qu'il souhaitait contester cette décision avec l'appui de son médecin, le Dr F_____ et du Dr J_____. Ce courrier a été transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales comme objet de sa compétence.

26. Par courrier du 29 janvier 2004 adressé au « Tribunal administratif, commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI », Me FISCHELE a fait savoir que l'assuré l'avait consulté pour la défense de ses intérêts. Il a par ailleurs demandé un

délai pour pouvoir déposer un complément après avoir pris connaissance du dossier.

27. Conformément à sa demande, le Tribunal lui a imparti un délai au 23 février 2004 afin de lui permettre de prendre connaissance des dossiers médicaux demandés et de faire parvenir un mémoire complémentaire.

28. Par décision du 6 février 2004, le vice-président du Tribunal de première instance a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance juridique.

29. Par courrier du 23 février 2004, le conseil de l'assuré a complété son mémoire de recours. Il fait valoir que les tentatives de l'assuré pour reprendre son activité de peintre en bâtiment se sont soldées par des échecs confirmés médicalement. Il reproche au Dr H_____ de n'avoir pas pris au sérieux le passé médical de l'assuré ni les précédents avis des autres médecins, lesquels étaient tous d'accord sur l'impossibilité pour lui de reprendre son ancienne profession compte tenu des douleurs persistantes au niveau de son dos, de son genou gauche et de ses problèmes psychiques. Le recourant conteste être capable de travailler sans limitation fonctionnelle physique. Il conclut principalement à l'octroi de mesures de reclassement à même de lui garantir un retour sur le marché du travail. Il explique se trouver à la charge de l'Hospice général depuis quatre ans et relève que même le Dr H_____ est d'avis que des mesures de reclassement doivent être mises en place.

30. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 30 avril 2004, a conclu au rejet du recours. Il s'est référé une nouvelle fois à l'expertise du Dr H_____ selon laquelle l'assuré ne présente pas d'atteinte organique ou structurale majeure relevant d'un diagnostic médical en tant que tel mais de simples problèmes sociaux et d'adaptation secondaires à l'histoire du recourant. Quant à un reclassement professionnel, il l'a également exclu en raison de l'absence d'invalidité.

31. Dans sa réplique du 4 juin 2004, l'assuré a maintenu sa position. Il fait valoir que les conclusions du Dr H_____ sont contredites par les faits et que suite à ses nombreux accidents et hospitalisations, il a à plusieurs reprises tenté de reprendre son activité professionnelle, en vain.

32. Dans sa duplique du 5 juillet 2004, l'OCAI a maintenu sa position.

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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 15 décembre 2003 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

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

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

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont

les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

c) En matière de troubles somatoformes douloureux, la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'un tel trouble, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50).

On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

d) Quand bien même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que l'atteinte est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

7. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise rhumatologique et une expertise psychiatrique.

Il convient tout d'abord de constater que ces deux expertises remplissent les exigences posées par la jurisprudence pour leur reconnaître pleine valeur probante. Elles ne contiennent pas de contradictions, contrairement à ce qu'allègue le recourant. Le seul fait que les médecins traitants aient conclu à une totale incapacité de travail ne suffit pas à écarter les expertises. En effet, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

Qui plus est, la discordance entre les plaintes du patient et l'absence de lésions somatiques évidentes avait déjà été évoquée par le Dr E_____.

Quant au Dr F_____, il lui a été impossible de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle de son patient dans une activité adaptée.

De surcroît, il y a lieu de relever que le trouble somatoforme douloureux présenté par le recourant ne présente pas de caractère invalidant, selon les critères dégagés par la jurisprudence du TFA.

En effet, il faut nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence, puisque l'expertisé ne présente aucun trouble psychiatrique.

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux.

A l'examen des documents médicaux, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques. En revanche, rien n'indique que l'assuré aurait épuisé ses ressources adaptatives et il ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En revanche, La Dresse I_____ semble admettre un état psychique cristallisé. Cependant, son rapport, mis en lumière par celui du rhumatologue, ne permet pas d'admettre le caractère invalidant de l'atteinte, dont il a été précisé qu'elle ne relevait pas d'un diagnostic médical en tant que tel mais plutôt d'une inadaptation sociale, dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assuré, on doit nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de son atteinte. Partant, il ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le recours mal fondé sera par conséquent rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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