RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2024/2004 **ATAS/891/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 19 octobre 2005

En la cause

Monsieur P_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître CLERC André	recourant

contre

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

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente; Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le 25 juillet 1940, d'origine italienne, est au bénéfice d'un équivalent de CFC de menuisier ébéniste. Arrivé en Suisse en 1963, il a travaillé dans diverses entreprises, dont en dernier lieu comme menuisier pour l'entreprise X_____SA dès le 1er septembre 1998.

2. Le 1er février 1999, l'assuré a été victime d'un accident de travail ; il s'est blessé à l'avant-bras gauche avec une scie circulaire. Il a été opéré le jour même aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une plaie profonde de l'avant-bras gauche avec section des tendons. Toutes les lésions ont été suturées et aucune lésion neurologique n'a été mise en évidence. La SUVA a pris en charge le cas.

3. Le 25 février 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OCAI) tendant au versement d'une rente.

4. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a requis des informations auprès de la SUVA.

5. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après CRR) du 8 mars 2000 au 29 mars 2000. Dans son rapport final du 29 mars 2000, le chef des ateliers de réadaptation de la CRR a relevé que l'assuré n'utilisait absolument pas son bras gauche et que le manque de collaboration ne lui avait pas permis d'effectuer une évaluation globale. La capacité de travail en tant que menuisier de chantier était de 0 % du 8 mars au 14 avril 2000.

6. L'assuré a été examiné par le médecin-conseil de la SUVA le 2 août 2000. Dans son rapport du 4 août 2000, le Docteur A_____ a conclu à une reprise de travail à 50 % comme menuisier avec limitation des ports de charges dans un premier temps, puis à une reprise à 100 % dès le 15 septembre 2000.

7. Par décision du 14 septembre 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'avait plus besoin de traitement pour les suites de son accident du 1er février 1999 et qu'il était apte à reprendre son activité professionnelle de menuisier à 50 % dès le 1er septembre 2000 et à 100 % dès le 1er octobre 2000. La SUVA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) avec effet au 30 septembre 2000.

8. L'assuré a formé opposition. Dans le cadre de l'instruction et à la demande de son service médical, la SUVA a confié une expertise au Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, à la Clinique chirurgicale et permanence de Longeraie à Lausanne. Dans son rapport du 2 juillet 2001, l'expert a relevé qu'au vu des observations faites, on est en présence

de manifestations sévères d'aggravation de la symptomatologie. Il a posé le diagnostic d'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit et état douloureux chronique. La capacité de travail fonctionnelle en tant que menuisier est nulle mais pour des raisons qui ne découlent pas de l'accident. L'activité de menuisier est toujours exigible, à plein temps et plein rendement. Il suggérait une expertise psychiatrique, qui pourrait peut-être expliquer ce qui a pu conditionner cette évolution chez le patient.

9. La SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré par décision du 11 septembre 2001.

10. Le Docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 17 octobre 2002 ; il a posé le diagnostic d'exclusion fonctionnelle du membre supérieur, status après plaies profondes de l'avant-bras, section des muscles extenseurs du poignet et des doigts. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 1er février 1999. Il a constaté un enraidissement du membre supérieur et une mobilisation quasi impossible en raison des douleurs. Le pronostic était décrit comme mauvais.

11. Dans le cadre de la collaboration entre offices AI latins, le dossier a été confié à l'Office AI du canton de Fribourg, lequel a proposé d'ordonner une expertise psychiatrique de l'assuré auprès de la Doctoresse D_____, psychiatre FMH. L'expert a examiné l'assuré le 14 avril 2003 ; au status clinique, l'expert a constaté que l'assuré était peu collaborant, répondant de très mauvaise grâce et de façon laconique aux questions posées. Elle n'a pas mis en évidence de signe de la lignée psychotique, la thymie était neutre, l'assuré ne présentait pas de troubles de l'appétit. L'expert n'a posé aucun diagnostic psychiatrique et les plaintes de l'assuré sont uniquement somatiques. Elle a précisé qu'au cas où l'on exclurait toute cause somatique au trouble que présente l'assuré, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux pourrait être posé. En raison de l'absence de troubles psychiatriques, la capacité de travail résiduelle de travail est de 100 %.

12. Par décision du 17 mars 2004, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er février 2000 au 31 août 2000, puis d'une demi-rente d'invalidité du 1er au 30 septembre 2000, se référant aux décisions prises par la SUVA.

13. L'assuré a formé opposition en date du 19 avril 2004. Dans ses écritures complémentaires du 3 mai 3004, il conteste les conclusions des expertises dans la mesure où elles mettent en doute la réalité des douleurs qu'il éprouve. Il a produit un certificat établi le 22 avril 2004 par le Docteur C_____, médecin-traitant, confirmant qu'il lui est impossible d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il sollicitait une expertise neutre et a déposé en procédure un certificat du Docteur C_____ attestant une incapacité de travail de 100 % pour accident, du 27 juillet 2004 au 10 septembre 2004.

14. Par décision du 21 août 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que selon les expertises, l'accident n'a plus laissé de séquelles justifiant une quelconque incapacité de travail au-delà du 30 septembre 2000 et que sur le plan psychiatrique, il ne souffrait d'aucune pathologie permettant de reconnaître une valeur invalidante aux douleurs exprimées.

15. L'assuré, représenté par Me André CLERC, a interjeté recours en date du 30 septembre 2004. Il se réfère à l'expertise du Docteur C_____ selon lequel il est impossible d'exiger de l'assuré une quelconque activité professionnelle et allègue qu'un accident de type « coup du lapin » en 2002 a contribué à l'aggravation de son état de santé. Il invoque la violation du droit d'être entendu, une contradiction entre les rapports des Docteurs B_____ et D_____ et considère la décision de l'OCAI comme arbitraire. Il conclu préalablement, à la misse en oeuvre d'une contre-expertise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2000.

16. Dans sa réponse du 10 mars 2005, l'OCAI fait valoir que la cause ne nécessitait pas d'investigations médicales complémentaires et maintient les termes de sa décision sur opposition.

17. Le 13 avril 2005, le recourant a communiqué au Tribunal de céans les certificats d'incapacité de travail délivrés par le Docteur C_____, ainsi qu'une attestation de l'Hospice Général relative à des avances effectuées.

18. Ces documents ont été communiqués à l'OCAI, qui n'a pas émis d'autres observations.

19. Sur ce, 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, 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. 56V LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations au sens de 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.

3. La 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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).

   En tant que le cas d'espèce porte sur le droit à des prestations antérieurement au 1er janvier 2003, il demeure régi par les dispositions matérielles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, qui seront dès lors citées dans leur ancienne teneur (cf. dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA) ; en revanche, les règles de procédure applicables sont celles de la LPGA.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

5. La question est de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a accordé une rente entière d'invalidité du 1er février 2000 au 31 août 2000, puis une demi-rente jusqu'au 30 septembre 2000, date à laquelle elle a été supprimée.

   Selon 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Par ailleurs, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi (cf. art. 8 LPGA). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02). Les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3 pour cent au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 pour cent au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 pour cent au moins (art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

4. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

5. En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident sous forme d'une coupure profonde de l'avant-bras gauche avec une scie circulaire, avec section musculo-tendineuse. Il a subi une intervention chirurgicale en urgence lors de laquelle la plaie a été suturée. Un examen neurographique pratiqué en avril 1999 a mis en évidence une modeste différence d'amplitude du potentiel moteur du nerf radial enregistré sur l'extenseur propre de l'index, moindre à gauche. Les neurographies sensitives radiales étaient normales, il n'y avait aucun signe de dénervation aiguë dans les muscles. Le testing clinique était fortement limité par la douleur. Un traitement de physiothérapie a été instauré.

   Dans un rapport du 10 janvier 2000 au médecin-conseil de la SUVA, le Docteur Guillaume BRON, médecin-assistant aux HUG, mentionne que le patient est suivi depuis le 9 novembre 1999 à la consultation de rééducation et que l'évolution était lentement favorable avec une prise en charge multidisciplinaire. L'incapacité de travail était toujours de 100 %.

   Le recourant a séjourné du 8 mars 2000 au 29 mars 2000 dans le service de réadaptation de la CRR de Sion. Des bilans de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ateliers professionnels ont été effectués, et une consultation de psychiatrie a été organisée. Il a été relevé de grandes variabilités quant aux amplitudes actives et passives enregistrées au cours de divers exercices et activités, lors des évaluations plus analytiques. En fin d'hospitalisation, les experts ont noté subjectivement et objectivement l'absence d'amélioration, hormis la sensation d'une légère augmentation de force qui ne se retrouve pas lors des diverses mesures effectuées. Dans les ateliers professionnels, il a été observé que le recourant n'intégrait absolument pas son membre supérieur gauche. Bien qu'objectivement, il n'y ait pas de limitation passive significative (excepté pour l'épaule), ni de déficit moteur objectivable, toute utilisation ou mouvement de ce membre est déclaré comme impossible ou extrêmement difficile. Sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie particulière n'a été mise en évidence. Les capacités fonctionnelles étaient difficiles à préciser ; la capacité de travail en tant que menuisier était de 0 % du 8 mars au 14 avril 2000. La CRR estimait cependant que le recourant était apte à effectuer une activité légère ne nécessitant pas ou peu d'utilisation du membre supérieur gauche.

   Le médecin-conseil de la SUVA, après avoir examiné le recourant, a conclu à une reprise de travail à 50 % comme menuisier, en évitant le port de charges lourdes, et prévu une reprise totale dès le 15 septembre 2000. Le Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main , mandaté par la SUVA pour expertise, a rendu son rapport en date du 2 juillet 2001. Il a posé le diagnostic d'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit et état douloureux chronique et suggéré une expertise psychiatrique. Selon l'expert, l'activité de menuisier était toujours exigible, à plein temps et plein rendement.

La SUVA a ainsi mis fin à toutes prestations au 30 septembre 2000.

6. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique à la Doctoresse D_____, psychiatre FMH, qui a examiné le recourant en date du 14 avril 2003. Elle a noté que l'expertisé se plaignait d'être « tout estropié », de douleurs dorsales qui l'empêchent de dormir la nuit, l'obligeant à se lever quatre à cinq fois par nuit, de douleurs gastriques et disait ne plus pouvoir utiliser son bras gauche. Au status clinique, le recourant est peu collaborant et répond de très mauvaise grâce et de façon laconique aux questions. Le discours est cohérent et adéquat, la thymie neutre. L'expertisé est bien orienté dans le temps et l'espace. Aucun symptôme de la lignée psychotique n'a été observé, ni de trouble de l'appétit. L'assuré disait passer ses journées au lit, car il se sentait très fatigué par ses mauvaises nuit, perturbées en raison de ses douleurs, et ses seules activités quotidiennes semblent être d'aller chercher son petit-fils à l'école. Il se plaignait de quelques troubles de concentration et de la mémoire, qui sont toutefois explicables par le manque de stimulations que présente son mode de vie. Selon l'expert, au cas où l'on exclurait toute cause somatique au handicap que dit présenter le recourant, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux pourrait être pris en considération. Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucun élément permettant de conclure à une pathologie psychiatrique, de sorte que la capacité de travail est de 100 %.

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

   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 qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich 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, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi 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 comorbité 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Le Tribunal de céans constate en premier lieu que les experts qui se sont prononcés sont unanimes à conclure que le recourant ne présente plus d'atteinte justifiant une incapacité de travail dans son activité de menuisier. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, il y a lieu de considérer, au regard de la jurisprudence susmentionnée, qu'il ne saurait être invalidant, dès lors que le recourant ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique.

8. Le recourant conteste les conclusions des expertises et se réfère au rapport établi par son médecin-traitant, aux termes duquel il est incapable d'effectuer quelque activité que ce soit.

   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).

Le Tribunal de céans constate cependant que le Docteur C_____ ne fait pas état d'autres atteintes médicales et que ses conclusions se fondent essentiellement sur les plaintes de son patient. Il y a lieu de relever aussi que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, le Tribunal de céans n'a aucun motif pour s'écarter des conclusions claires des expertises réalisées par les Docteurs B_____ et D_____, qui remplissent au demeurant tous les réquisits de la jurisprudence pour leur conférer pleine valeur probante.

Au vu de ce précède, il y a lieu d'admettre que le recourant est apte à reprendre son métier à 50 % dès le 1er septembre 2000 et à plein temps dès le 15 septembre 2000. La décision de l'intimé ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Mal fondé, le recours doit être 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).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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