RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2376/2004 **ATAS/815/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 septembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, représenté par Maître CHEVALIER Suzette, en l'Etude de laquelle il élit domicile	recourant

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente; Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 9 février 1958, travaillait depuis le 23 mars 1987 auprès de l'entreprise X_____SA en tant que maçon. Souffrant de douleurs lombaires et rachidiennes, l'intéressé est en incapacité de travail de 100 % depuis le 31 janvier 2002.

2. L'assurance perte de gain maladie de son employeur a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2002, se fondant sur deux rapports d'expertise, l'une somatique établie par le Docteur B. E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et l'autre psychiatrique effectuée par le Docteur A_____, aux termes desquels la capacité de travail était de 100 % dès le 1er décembre 2002. L'assuré a contesté la valeur probante desdites expertises.

3. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité en date du 17 mars 2003.

4. L'Office cantonal AI (ci-après OCAI) a obtenu de l'assurance perte de gain les pièces du dossier médical de l'assuré et a questionné ses différents médecins. Dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2002 à l'attention de l'assureur perte de gain, le Docteur B. E_____ a posé le diagnostic de lombalgies non spécifiques, relevant que l'examen neurologique était sans particularité et que l'examen ostéoarticulaire mettait en évidence une musculature des épaules et du rachis très bien développée, démontrant une probable utilisation régulière de ces groupes musculaires. Ce diagnostic n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, car du point de vue rhumatologique, l'arrêt n'était pas justifié et le patient devait être remis au travail.

5. Mandaté par l'assureur maladie perte de gain, le Docteur A_____ a effectué une expertise psychiatrique de l'assuré le 18 mars 2003. Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2003, le psychiatre a posé le diagnostic de réaction dépressive prolongée. S'agissant de la capacité de travail, il a précisé que la réaction dépressive prolongée est un état dépressif modéré, donc en principe non invalidant. L'hypothèse de douleurs constantes, intolérables et gravement incapacitantes même pour des gestes de la vie quotidienne courants ne pouvait pas être retenue et l'évaluation de cette capacité de travail devrait se faire uniquement sur la base de l'état somatique objectivable ainsi que des limitations fonctionnelles et professionnelles que cet état peut justifier chez un travailleur du bâtiment.

6. Dans un rapport établi en date du 4 avril 2003 à l'attention de l'OCAI, le Docteur S. C_____, chef de clinique de la Division de rhumatologie de HUG, pose les diagnostics de lombalgies communes chroniques depuis le 31 janvier 2002, de périarthrite de la hanche gauche chronique depuis le 30 juillet 2002 et d'état dépressif réactionnel depuis février 2003. Il a indiqué qu'il avait l'impression

d'avoir été en présence d'une lombalgie très localisée dans un premier temps, pouvant parfaitement corréler aux trouvailles radiologies L4-L5, mais que les interventions thérapeutiques sont restées sans effet et que progressivement on a assisté à une chronicisation des douleurs avec tous les signes cliniques habituellement décrits dans ce genre de situation. Des éléments sociaux sont venus s'ajouter qui ont encore empiré la situation.

7. A la demande du Service médical régional AI SMR LEMAN, le Docteur C_____ a précisé que l'assuré souffrait d'une lombalgie commune chronique. Au niveau biologique, il a constaté un débord discal rétrécissant le récessus latéral L4-L5 gauche, un affaissement du plateau vertébral supérieur de L4 avec une ostéochondrose nette au niveau L3-L4. Le dernier examen clinique au début de 2003 indiquait une importante limitation de la flexion et de l'extension, ainsi que de la flexion latérale droite, surtout assortie d'une rotation et des signes de non organicité de Waddelll positifs. Du point de vue psychologique, il a noté un état dépressif réactionnel, et d'un point de vue social, l'anamnèse révèle un important retrait social non seulement lié à l'arrêt de travail, mais également à divers problèmes familiaux. L'incapacité de travail en tant que chef d'équipe dans la construction était de 100 % en avril 2003. Une activité adaptée pourrait être de 50 %, après reclassement professionnel.

8. Dans son rapport du 9 janvier 2004, le Docteur D_____, du SMR LEMAN, souligne que selon l'expertise du Docteur E_____ les troubles dégénératifs rachidiens modérés ne justifient pas un arrêt de travail prolongé et que l'expert psychiatre retient le diagnostic de réaction dépressive prolongée ne justifiant pas d'invalidité. Il convient en conséquence de privilégier l'avis des deux experts à celui des médecins traitant que leurs rapports d'empathie naturelle avec l'assuré empêchent d'être objectifs. L'assuré présente une capacité de travail exigible de 100 % dans son activité habituelle.

9. Par décision du 23 mars 2004, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle de chef d'équipe.

10. Le Docteur F_____, de la Permanence de Cornavin SA, a formé opposition le 1er avril 2004, en précisant que son patient bénéficiait d'une prise en charge pluridisciplinaire aux HUG, ainsi que d'une prise en charge psychiatrique auprès du Docteur G_____. Il proposait que son patient soit revu lors d'une deuxième expertise auprès de médecins mandatés par l'assurance-invalidité.

11. L'OCAI a ouvert une instruction et sollicité des renseignements complémentaires.

12. Dans son rapport à l'OCAI du 16 mai 2004, le Docteur F_____ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques, avec exacerbation aiguë depuis le 31 janvier 2002. L'incapacité de travail en tant que maçon est de 100 % depuis le 31 janvier

2002. Il a précisé que les douleurs lombaires et du membre inférieur gauche étaient incapacitantes lors de toutes activités. Les mesures thérapeutiques ont été un échec, mais une légère amélioration est toutefois survenue depuis le début d'une psychothérapie.

13. Le Docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé son rapport à l'OCAI le 7 avril 2004. Il a indiqué que son patient souffrait de douleurs lombaires chroniques et d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Ce dernier trouble ne justifiait pas une incapacité de travail. S'agissant des douleurs chroniques, il ne se prononçait pas, le patient étant traité aux HUG.

14. Le rapport médical intermédiaire établi par le Docteur F_____ en date du 2 juillet 2004 mentionne que l'état de santé de l'assuré est stationnaire et qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics. La capacité de travail de 0 % est inchangée depuis septembre 2003 et le pronostic d'une reprise est très défavorable étant donné l'évolution intriquée au long cours.

15. Dans un avis médical du 22 juillet 2004, le SMR LEMAN a estimé que les deux expertises au dossier étaient probantes et que d'autres expertises étaient superfétatoires.

16. Par décision du 19 octobre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que les différents rapports sollicités n'avaient apporté aucun élément nouveau.

17. Représenté par Me J.-Potter van LOON, l'assuré a interjeté recours en date du 18 novembre 2004. Il a contesté la valeur probante des expertises effectuées à la demande de l'assurance maladie perte de gain et sollicité préalablement la suspension de l'instruction de la cause jusqu'à droit jugé dans la cause qui l'opposait à cette dernière devant le Tribunal de céans (cause A/1562/2003).

18. L'OCAI ne s'y étant pas opposé, la cause a été suspendue en date du 10 décembre 2004 jusqu'à droit connu dans la procédure A/1562/2003.

19. Le recours interjeté par l'intéressé contre la décision de l'assureur maladie perte de gain a été rejeté par arrêt du Tribunal de céans du 5 janvier 2005. Le 28 février 2005, le mandataire du recourant a informé le Tribunal qu'il cessait d'occuper et que l'élection de domicile en son Etude était révoquée.

20. Par ordonnance du 14 mars 2005, le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause et communiqué à l'OCAI l'arrêt du 5 janvier 2005, entré en force, l'invitant à se déterminer.

21. Dans sa réponse du 23 mars 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours, la valeur probante des expertises ayant été reconnues.

22. Le 2 mai 2005, Me Suzette CHEVALILER a informé le Tribunal de céans qu'elle avait été nommée d'office pour représenter le recourant et a sollicité un délai pour déposer ses conclusions.

23. Dans ses écritures du 25 mai 2005, le recourant fait valoir que les avis des experts sont en totale contradiction avec celui de son médecin traitant, le Docteur F_____. Si la jurisprudence accorde plus d'importance à l'avis de l'expert qu'à celui du médecin traitant en raison de l'empathie que ce dernier peut avoir pour son patient, on devrait aussi, en poursuivant le même raisonnement, écarter celui de l'expert si celui-ci a été mandaté par un assureur puisqu'il est rémunéré par celui-ci. Il soutient que l'examen clinique effectué par le Dr E_____ est succinct, qu'il a porté essentiellement sur des points qui ne se rapportent pas à ses plaintes et que le diagnostic est inexact et incomplet. L'expert n'a pas mesuré la musculature, de sorte que ses observations n'ont rien de médical. Quant à l'expert psychiatre, il semble avoir été influencé par les observations du Dr E_____, tout en relevant qu'il n'est pas exclu que le suivi psychiatrique qui vient de débuter révèle l'existence d'un trouble psychiatrique d'intensité plus sévère que ce que son comportement laisse constater aujourd'hui. Il conclut à l'octroi d'un rente entière d'invalidité en considération de ses seules atteintes physiques, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

24. Le 17 juin 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours, rappelant que la valeur probante des expertises a déjà été jugée et qu'au surplus il n'existe aucune circonstance particulière permettant de douter de l'impartialité des experts.

25. Les conclusions de l'OCAI ont été communiquées au recourant. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, 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 al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 l'occurrence, le recourant est en incapacité de travail depuis le 31 janvier 2002. Le droit éventuel à une rente ne prendrait effet que postérieurement au 1er janvier 2003 ; en conséquence, tant les dispositions matérielles que les règles de procédure de la LPGA sont applicables.

   Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, repris par l'art. 8 LPGA, 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI).

   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).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (art. 7 LPGA) ou lorsqu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

5. En l'espèce, le recourant est en incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 2002 en raison de problèmes lombaires et rachidiens, ainsi que d'un état dépressif.

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).

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).

6. Sur le plan somatique, tous les médecins ayant examiné le recourant ont confirmé qu'il souffre de lombalgies non spécifique ou de lombalgies communes chroniques, sans déficit neurologique.

Selon les médecins traitants, les traitements thérapeutiques sont restés pratiquement sans effet sur les douleurs et l'on a assisté à une chronicisation des douleurs. Les éléments sociaux ont encore empiré la situation et le pronostic concernant l'avenir social ou professionnel du recourant est pessimiste.

Le Docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a relevé dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2002 que les radiographies pratiquées le 31 janvier 2002 ont mis en évidence une importante uncarthrose bilatérale de C&T, le reste étant sans particularité. Le scanner lombaire effectué le 27 août 2002 montre des troubles dégénératifs modérés, avec présence d'une ostéochondrose nette au niveau L3-L4 où on note un affaissement du plateau vertébral de L4 dans son aspect antérieur pouvant correspondre à une ancienne lésion traumatique. L'expert a conclu que ces lombalgies banales ne peuvent pas expliquer un si long arrêt de travail et relevé que l'examen clinique mettait en évidence des signes nets d'exagération. Du point de vue rhumatologique, l'arrêt de travail n'était pas justifié et le patient devait être remis au travail.

Dans son rapport au SMR LEMAN du 30 septembre 2003, le Docteur C_____, des HUG, a indiqué que le recourant souffrait d'une lombalgie commune chronique. L'examen clinique effectué au début 2003 indiquait une importante limitation de la flexion et de l'extension, ainsi que de la flexion latérale droite, surtout assortie d'une rotation. Il a noté des signes de non organicité de Waddelll positifs. Du point de vue psychologique, il a noté un état dépressif

réactionnel et du point de vue social un important retrait social non seulement lié à l'arrêt de travail mais également à divers problèmes familiaux. En tenant compte de tous ces aspects, l'incapacité de travail en tant que chef d'équipe dans la construction était de 100 % lors da la dernière évaluation d'avril 2003. Dans une activité adaptée, elle pourrait être de 50 % après reclassement professionnel.

Sur le plan psychiatrique, le Docteur A_____ a retenu dans son rapport d'expertise du 28 mars 2003, le diagnostic de réaction dépressive prolongée au sens de la CIM-10, d'intensité modérée, donc en principe non invalidante. Il a expliqué qu'il ne pouvait pas poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, persistant, en raison de l'exagération manifeste des douleurs, notamment en cas de travaux lourds, qui empêche de savoir s'il existait vraiment, en plus des douleurs d'origine somatique, une part de douleurs psychogènes. En l'absence d'éléments probants allant dans ce sens, il ne pouvait pas retenir ce diagnostic avec un bon degré de vraisemblance. Il a encore souligné qu'il n'était pas exclu que le suivi psychiatrique qui venait de débuter révèle l'existence d'un trouble psychiatrique d'intensité plus sévère que ce que le comportement de l'expertisé laissait constater. Dans ce cas, l'évaluation de la capacité de travail devrait également prendre en compte cet élément. Il proposait que le psychiatre traitant, s'il devait constater une telle pathologie psychiatrique interférant avec la capacité de travail, le signale dans les semaines à venir.

Le SMR LEMAN s'est référé aux expertises du dossier et a conclu à une capacité de travail totale dans l'activité habituelle.

Dans le cadre de l'opposition, l'intimé a requis des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants du recourant. Le Docteur Charles G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que son patient présentait depuis 2002 un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, sous forme d'irritabilité et de troubles du sommeil. Les symptômes dépressifs avaient été déclenchés par les difficultés socio-professionnelles et les douleurs chroniques. Selon le médecin traitant, ce trouble de l'adaptation ne justifie pas une incapacité de travail.

Le Docteur F_____ mentionne dans son rapport du 2 juillet 2004 que l'état de santé du recourant est resté stationnaire, malgré une amélioration passagère après intervention pour bloc Caudal antalgique à deux reprises. Il a précisé que le pronostic est défavorable quant à la récupération de la capacité de travail, mais justifie son point de vue par la longue durée de la prise en charge et son efficacité toute relative.

Dans son rapport du 22 juillet 2004, le SMR LEMAN a considéré que les expertises du dossier avaient valeur probante et que des expertises supplémentaires étaient superfétatoires.

7. Le recourant conteste la valeur probante des expertises effectuées à la demande de l'assurance perte de gain et requiert une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie et en ostéopathie, ainsi qu'une nouvelle expertise psychiatrique.

Il y a lieu de rappeler préalablement 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).

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

Le Tribunal de céans relève à cet égard que dans le cadre du litige ayant opposé le recourant à son assureur perte de gain, il a déjà reconnu pleine valeur probante aux expertises effectuées par les Docteurs E_____ et A_____, qui ont procédé à une anamnèse précise du cas, à l'examen clinique de l'assuré et pris connaissance de l'intégralité de son dossier médical, notamment radiologique. Les plaintes exprimées par le recourant ont été prises en compte et les conclusions des experts étaient parfaitement claires et bien motivées.

Quant aux nouveaux rapports médicaux, force est de constater qu'ils ne sauraient remettre en question l'appréciation des conclusions des experts. En effet, le Docteur G_____ a confirmé qu'il n'y avait aucune indication psychiatrique à un arrêt de travail et le Docteur F_____ n'a pas apporté de nouveaux éléments, relevant au surplus qu'il n'y avait fondamentalement pas de divergence diagnostique avec les experts et que l'appréciation de l'expert psychiatre était très opportune.

Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère inutile, le Tribunal n'ayant aucune raison de s'écarter des conclusions des expertises figurant au dossier, aux termes desquelles la capacité de travail exigible est totale dans l'activité habituelle.

Mal fondé, le recours sera 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