RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2395/2004 **ATAS/886/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

Du 12 octobre 2005

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à CAROUGE recourant

contre

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

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1961, d'origine portugaise, a travaillé comme peintre en bâtiment à Genève, depuis 1987. Chez son dernier employeur, X_____ SA, il réalisait en 1997 un salaire de 26 fr. 50 de l'heure, à raison de 8 h 20 de travail par jour, plus treizième salaire.

2. Souffrant de lombalgies et de rachialgies, l'intéressé a cessé de travailler depuis le 5 janvier 1998. La GENEVOISE, assurance-maladie collective perte de gain, a versé des indemnités journalières pendant 720 jours.

3. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OCAI) en date du 3 février 1999, visant à l'octroi d'une rente.

4. L'OCAI a requis des renseignements médicaux auprès de la Doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, médecin traitant de l'assuré. Cette dernière a communiqué à l'OCAI divers rapports médicaux. Le 5 janvier 1998, l'assuré, connu pour un éthylo-tabagisme sévère, a été hospitalisé en neurologie pour une intoxication alcoolique. Selon un rapport établi le 24 juillet 1998 par le Docteur N_____ et adressé au médecin traitant, l'assuré a été hospitalisé du 13 au 24 juillet 1998 en division de rhumatologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) pour des lombosciatalgies gauches. Le bilan sanguin n'avait pas révélé de syndrome inflammatoire et les examens radiologiques avaient permis de conclure à l'absence de discopathie et de lésions dégénératives. L'examen neurologique n'avait révélé aucun déficit. Selon la Doctoresse M_____, son patient souffre de rachialgies chroniques communes, de céphalées chroniques, d'un status post méningite aseptique ainsi que d'une gastrite chronique ; il n'est plus en mesure d'exercer sa profession de peintre en raison de ses douleurs. Une reprise de travail tentée à 50 % s'est soldée par un échec, malgré un travail allégé et une bonne collaboration de l'employeur.

5. Le 7 août 2002, l'intéressé a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle à la Fondation PRO du 15 juillet 2002 au 6 octobre 2002, assorti du paiement d'indemnités journalières de 188 fr.

6. La Fondation PRO a rendu son rapport d'évaluation le 17 octobre 2002 ; elle relève que l'assuré a travaillé à 50 % dès le 23 juillet 2002, selon avis de son médecin. Au cours des trois mois, il a été constaté que l'assuré atteignait un rendement de 60 % en travaillant à mi-temps dans des activités légères de montage mécanique et de câblage, permettant d'alterner les positions assis ou debout. Il possède de très bonnes aptitudes manuelles et comprend rapidement les consignes. Il est difficile d'imaginer un placement en entreprise traditionnelle pour cet assuré

qui se déplace difficilement, qui supporte peu de temps la position assise ou debout et qui ne maintient pas un bon rendement malgré une activité à 50 %.

7. Le médecin de l'OCAI a estimé que les faibles rendements ne pouvaient s'expliquer par l'atteinte somatique objective et qu'un examen médical global était nécessaire. Le 3 mars 2003, l'OCAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après la Clinique) pour effectuer une expertise médicale pluridisciplinaire.

8. L'assuré a séjourné à la Clinique du 18 au 20 août 2003. Le Docteur O_____, expert principal, a procédé à l'anamnèse et l'examen clinique le 18 août 2003, le Docteur P_____ à l'expertise psychiatrique et le Docteur R_____ à l'expertise rhumatologique. L'assuré a fait également l'objet d'une observation en ateliers professionnels. Le rapport d'expertise du 28 août 2003 relève que les diagnostics suivants ont été posés : trouble somatoforme douloureux (F45.4), rachialgies chroniques (M54.9), abus et dépendance à l'alcool en rémission (F10.2). L'examen clinique a montré des limitations fonctionnelles énormes au niveau du rachis, mais il a aussi mis en évidence des incohérences flagrantes entre les plaintes alléguées, les limitations annoncées et les constatations objectives. L'examen rhumatologique a relevé aussi une mauvaise collaboration de l'assuré et le comportement d'autolimitation était tel qu'il a rendu illusoire l'appréciation des paramètres moteurs de base. Le tableau de lombalgies ne reposait sur aucun socle organique démontrable ; la principale caractéristique est la douleur, avec de nombreuses incohérences. L'examen psychiatrique n'a montré aucun élément anamnestique ou clinique permettant de retenir un diagnostic au sens du DSM IV. Il n'a pas été relevé de comorbidité psychiatrique suffisante du trouble somatoforme douloureux pour justifier une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. En synthèse, l'expertise relève que l'on se trouve en présence d'une problématique comportementale qui ne peut être expliquée sur la base d'éléments objectifs et qui sort nettement du champ médical stricto sensu. Concernant l'influence des troubles sur la capacité de travail, les experts concluent que les limitations réelles sont très difficiles à évaluer au vu du comportement d'amplification objectivé par les intervenants somaticiens. Le bilan d'ergothérapie pré-professionnel de 1999 leur semblait constituer un point de repère utile, qui tenait compte des plaintes subjectives. Une mesure de réadaptation professionnelle sous forme d'une formation pratique était parfaitement envisageable.

9. Le rapport d'examen SMR LEMAN du 3 novembre 2003 a conclu que l'activité habituelle de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était exigible à 100 % dès le mois de mars 1999.

10. Par décision du 17 mai 2004, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente complémentaire pour épouse et enfant, du 1er janvier 1999 au 28 février 1999. Il a considéré que dès le mois de mars 1999, il aurait pu travailler à plein temps dans une activité adaptée qui aurait pu lui procurer un gain annuel de 45'856 fr. Comparé au gain réalisé avant invalidité de 63'960 fr., le degré d'invalidité s'élevait à 28,3 %, insuffisant pour permettre le maintien de la rente.

11. L'assuré a formé opposition en date du 24 mai 2004, au motif que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le dépôt de sa demande. Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 5 juillet 2004, la Doctoresse M_____ s'est déclarée surprise par la décision de l'AI et relève que son patient présente un problème lombaire avec des blocages à répétition, allant en s'aggravant, attribué à un problème disco-vertébral bien documenté en septembre 2003. Il lui paraissait important que l'assuré puisse faire l'objet d'une expertise médicale, compte tenu de la mauvaise évolution depuis environ un an et des derniers éléments radiologiques de septembre 2003 qui montrent une progression par rapport au précédrnt examen réalisé en 1998.

12. L'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en date du 26 octobre 2004, au motif qu'il n'avait fait valoir aucun élément nouveau susceptible de remettre en question les conclusions de la Clinique romande de réadaptation.

13. L'assuré a interjeté recours le 22 novembre 2004. Dans ses écritures complémentaires, il s'est opposé à la suppression de sa rente d'invalidité et a allégué que son état de santé s'était péjoré depuis environ deux ans, qu'il souffrait du dos de manière continue, avec des blocages pratiquement un à deux jours par semaine. Il se tenait à disposition pour une contre-expertise médicale. Il a joint à son recours un certificat médical établi par la Doctoresse S_____, aux termes duquel il a été hospitalisé en urgence du 11 au 13 novembre 2004 aux HUG pour investigations cardiologiques ; un fonctionnement non optimal de son muscle cardiaque y a été mis en évidence.

14. Dans sa réponse du 10 février 2005, l'OCAI expose que l'assuré a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation de Sion. Les experts ont conclu à l'absence de toute limitation tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique, en soulignant la problématique comportementale de l'assuré. Se fondant sur l'avis du SMR LEMAN, l'OCAI a admis, sur la base des plaintes subjectives du recourant, que celui-ci n'était plus apte à exercer son ancienne activité de peintre en bâtiment, mais qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était envisageable à 100 % depuis mars 1999. Constatant d'autre part le peu de chances de succès d'une mesure de réadaptation professionnelle, l'OCAI a procédé à une évaluation théorique de l'invalidité, corrigée en procédure

d'opposition, qui a abouti à un degré d'invalidité de 29 % depuis le mois de mars 1999, date à laquelle son aptitude au placement a été constatée lors du bilan d'ergothérapie pré-professionnelle. Pour le surplus, l'OCAI conclut au rejet du recours, dans la mesure où la Doctoresse M_____ n'apporte aucun élément nouveau. Quant au certificat établi par la Doctoresse S_____, il est fort succinct et se rapporte à des faits survenus postérieurement à sa décision.

15. Invité à se déterminer, le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'autres informations à donner.

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 asurances sociales du 8 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). Le cas d'espèce reste en conséquence régi

par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (cf. ATF 130 V 230 s. consid. 1.1, 129 V consid. 1.2 et les arrêts cités.

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).

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

4. Il conteste la suppression de la rente entière d'invalidité au 28 février 1999, au motif que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis le dépôt de sa demande de prestations.

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).

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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

5. 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).

6. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que le recourant souffre d'un syndrome vertébral douloureux, de rachialgies chroniques communes et de céphalées chroniques depuis janvier 1998.

Selon la Doctoresse M_____, médecin traitant, le recourant ne peut plus exercer son activité de peintre en bâtiment depuis janvier 1998. La compliance est optimale et plusieurs tentatives de reprise de travail à temps partiel avec des activités allégées se sont soldées par un échec. En janvier 1998, le recourant a été

hospitalisé aux HUG pour une intoxication alcoolique aiguë avec un déficit sensitivo-moteur du membre supérieur droit pour lequel les médecins n'avaient pas d'explication. L'examen neurologique s'est normalisé en moins de 24 heures.

L'examen neurologique pratiqué le 20 janvier 1998 par le Docteur Miguel T_____, spécialiste FMH en neurologie, s'est révélé dans les limites de la norme, sans signe de latéralisation ni d'hypertension intra-crânienne aiguë. Il n'y avait pas suffisamment d'arguments cliniques et paracliniques pour confirmer que les phénomènes sensitivo-moteurs du membre supérieur droit soient d'origine comitiale. Le médecin a attiré l'attention du médecin traitant sur le fait qu'il était impératif que l'assuré arrête toute consommation alcoolique. Le Docteur T_____ a revu le recourant le 28 septembre 1998 ; dans son rapport, il relève que l'examen neurologique révèle uniquement l'existence d'un syndrome vertébral lombaire, sans aucune atteinte déficitaire neurologique et se déclarait assez perplexe face à cette symptomatologie. Le Docteur U_____, spécialiste FMH en neurochirurgie a examiné le recourant en date du 28 avril 1998 ; il n'a pas constaté de signe de compression radiculaire, ni déficit sensitivo-moteur et le signe de Lasègue était négatif.

Le recourant a été hospitalisé du 13 juillet au 24 juillet 1998 en division de rhumatologie des HUG pour des lombosciatalgies. Le Docteur N_____ a posé le diagnostic de rachialgies chroniques communes. Le bilan sanguin a permis d'exclure un syndrome inflammatoire et le dossier radiologique entièrement revu avec le Professeur V_____ a pu exclure une discopathie ainsi que des lésions dégénératives. Les médecins ont relevé que le comportement du recourant pourrait s'intégrer dans un contexte de trouble somatoforme douloureux. Une évaluation d'ergothérapie pré-professionnelle avait été effectuée. Un examen électroneuromyographique pratiqué le 22 septembre 1999 par la Doctoresse G_____ n'a pas montré de déficit aux membres inférieurs. Une IRM cervicale du 13 mars 2000a montré un canal cervical étroit étagé et une discrète protrusion discale, discrètement latéralisés à gauche au niveau C5-C6.

A la demande de l'intimé, le recourant a fait l'objet d'une expertise médicale pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation de Sion où il a séjourné du 18 au 20 août 2003. A l'examen clinique, l'expert principal a constaté des limitations fonctionnelles énormes au niveau du rachis, mais a aussi souligné des incohérences flagrantes entre les plaintes alléguées, les limitations annoncées et les constatations objectives. L'expert a relevé que les plaintes depuis cinq ans sont strictement les mêmes, que l'auto-évaluation est constamment négative, l'assuré cherchant à convaincre son interlocuteur de manière systématique, affirmant que la douleur est très intense, qu'elle s'aggrave continuellement et qu'elle occasionne un handicap tel qu'elle ferait de lui un quasi impotent. Les radiographies de la colonne lombaire ne montrent aucune anomalie. L'examen rhumatologique n'a pas permis

d'objectiver une cause organique au tableau de lombalgies ; l'expert a relevé la mauvaise collaboration de l'assuré lors de l'examen par un comportement d'autolimitation qui a rendu illusoire l'appréciation des paramètres moteurs de base. Il a conclu qu'il ne pouvait admettre aucune déficience physique justifiant le retrait professionnel et l'absence de participation actuels. L'examen psychiatrique effectué par le Docteur P_____ ne relève dans l'anamnèse aucune notion de trouble psychiatrique. L'assuré ne présentait pas d'anxiété particulière, ni de trouble du jugement ou du raisonnement ; il avait toutefois une personnalité à tendance rigide. Il n'y avait pas de signe de la lignée psychotique et les fonctions cognitives étaient conservées. Aucune diagnostic psychiatrique n'a pu être posé. Les experts ont ainsi retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, rachialgies chroniques et d'abus et dépendance à l'alcool en rémission. Dans leur appréciation du cas, ils ont relevé une problématique comportementale qui ne pouvait être expliquée sur la base d'éléments objectifs et qui sortait nettement du champ médial stricto sensu. Sur le plan fonctionnel, les limitations réelles étant très difficiles à évaluer au vu du comportement d'amplification, le bilan d'ergothérapie pré-professionnelle de 1999 leur semblait constituer à cet égard un point de repère utile, qui tient compte des plaintes subjectives. Une formation pratique était parfaitement envisageable, les difficultés qui pourraient survenir sortant du champ médical, en raison du comportement d'autolimitation sans aucune mesure avec les éléments objectifs du status clinique ou radiologiques.

7. 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 l'espèce, que l'expertise réalisée par la Clinique romande de réadaptation, qui remplit au demeurant toutes les exigences de la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante, a permis d'établir que le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux, sans aucune comorbidité psychiatrique. Dans ces conditions, force est d'admettre que cette affection ne peut être considérée comme invalidante.

8. C'est en vain que le recourant se réfère au rapport de son médecin traitant, lequel ne fait état d'aucun fait nouveau. D'autre part, 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 de s'écarter de l'expertise de la Clinique romande de réadaptation.

Le recourant a produit en cours de procédure un certificat de la Doctoresse S_____ ; force est de constater que ce certificat est des plus succinct et que le problème cardiovasculaire dont il est fait état est survenu postérieurement à la décision litigieuse. Il appartiendra au recourant, le cas échéant, de présenter une nouvelle demande si son état de santé s'est aggravé en raison d'une autre atteinte à la santé.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit à toute une rente d'invalidité dès le 1er mars 1999.

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