

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2727/2006

ATAS/222/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 6 mars 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié au Grand-Saconnex -
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître SEIDLER Pierre

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97 - GENEVE

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1948, d'origine roumaine, est venu en Suisse en décembre 1981. Il a obtenu la nationalité suisse en 1994. De formation mécanicien sur automobiles, il a travaillé, à titre indépendant, en qualité de chauffeur de taxis. Il a été victime de quatre accidents de la circulation survenus les 11 mai, 27 juillet et 5 novembre 2000 et 7 avril 2001, à la suite desquels il a présenté plusieurs périodes d'incapacité totale de travail.
2. L'assuré a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) le 31 juillet 2002, visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 23 septembre 2002 adressé à l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que son patient souffrait d'un status après plusieurs traumatismes crânio-cervicaux indirects de type Whiplash avec cervicalgies, céphalées et vertiges résiduels associés à une asthénie générale entrant dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique avec une composante dépressive marquée. Il a estimé que son patient présentait une incapacité de travail de 100% du 10 juillet au 31 août 2000, étant précisé qu'il n'avait plus revu ce dernier depuis le 4 décembre 2000.
4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale, nouveau médecin traitant, a dans un rapport du 5 mars 2003, posé les diagnostics de traumatisme cervico-occipital à répétition, de dépression nerveuse et de discopathie débutante en C2-C3 et C5-C6 depuis le 11 mai 2001. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100% du 5 novembre 2000 au 31 janvier 2001, à 50% du 1^{er} février au 7 avril 2001, à 100% jusqu'au 20 mars 2002 et à 80% du 21 mars au 30 avril 2002, étant précisé que le patient présentait une inconstance dans le pourcentage de l'arrêt de travail et le traitement. Il a relevé une discordance entre les plaintes subjectives et objectives, et a ajouté que le patient n'était plus revenu depuis le 12 avril 2002. Enfin il a qualifié le pronostic de très bon.
5. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Centre médical de psychothérapie cognitive à Lausanne. Celui-ci a ainsi réalisé un rapport d'expertise le 20 août 2004. Il a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, de trouble somatoforme indifférencié et de personnalité paranoïaque "sensitive" actuellement décompensée. Il a constaté que l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive relativement importante entre mai 2000 et août 2002, période durant laquelle il avait subi quatre accidents de voiture a priori bénins, mais dont les conséquences subjectives en tous les cas avaient été majeures. Selon l'expert, il est vraisemblable que ces accidents aient fait office "d'élément de fixation", de révélateur de structure d'une personnalité pathologique qui s'est "décompensée" en

raison d'une situation conjugale et familiale conflictuelle et mal acceptée. Depuis sa séparation conjugale en août 2002, il semble avoir retrouvé une certaine sérénité et cet état dépressif majeur pourrait être qualifié tout au plus de gravité légère à moyenne. Il se caractérise essentiellement par l'asthénie, l'irritabilité, un état anxio-tensionnel avec de nombreuses somatisations qui prennent une tournure parfois "hystérisiforme". Il n'y a en revanche pas d'aboulie, d'apragmatisme, ni de perte d'intérêts pour les activités de loisirs ou d'isolement social important. L'expert a indiqué que le diagnostic comorbide d'un trouble somatoforme indifférencié restait ouvert car tant la pathologie anxio-dépressive que la structure de personnalité du sujet expliquaient ces plaintes physiques. Aussi a-t-il conclu que le caractère très hypocondriaque qui véhicule une forte composante de revendications pourrait faire craindre une évolution vers l'hypocondrie délirante ou sinistrose. L'expert a particulièrement insisté sur le fait que ce type de sujet demande essentiellement en général à être symboliquement reconnu dans son statut de victime, sous peine d'un risque d'aggravation du noyau délirant, par exemple vers une hypocondrie, qui peut alors entraîner une invalidation socioprofessionnelle définitive. Il relève par ailleurs la discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap allégué et ses constatations objectives durant l'expertise. Il a ainsi considéré qu'une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 40% pourrait représenter un compromis "équitable" à réévaluer tous les deux ans, étant précisé que jusqu'en août 2002, il convenait en revanche de se référer aux incapacités de travail attestées par le Dr B_____. A son avis le pronostic est ici difficile à établir et paraît réservé, bien que l'assuré semble avoir actuellement retrouvé un certain équilibre.

6. Invité à se déterminer, le Dr. D_____ du Service médical régional AI (SMR Léman), retenant un trouble somatoforme indifférencié avec état dépressif de gravité légère à moyenne, a considéré que l'incapacité de travail était variable entre 80 et 100%, suivant les périodes depuis le 11 mai 2000, et de 40% comme chauffeur de taxis depuis août 2002, ce pour des raisons essentiellement psychiques.
7. Un rapport d'enquêtes pour activité professionnelle indépendante a été établi le 3 août 2005. L'assuré a déclaré qu'avant les accidents, il travaillait six jours par semaine la journée entière. Depuis il débute son activité professionnelle à 7 h 30 pour la terminer vers 12 h 30 - 13 h 00.
8. Par prononcé du 15 août 2005, l'OCAI a requis de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la CCGC) qu'elle calcule les prestations dues à l'assuré sur la base d'un degré d'invalidité de 80% dès le 11 mai 2001 et de 40% dès le 1^{er} novembre 2002, avec un revenu professionnel annuel raisonnablement exigible de 37'541 fr. Il a par ailleurs précisé qu'il devait être fait application de l'art. 48 al. 2 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI) pour demande tardive, en sorte que le début du paiement des rentes ne pourrait avoir lieu qu'à compter du 1^{er} août 2001.

9. Par décision du 4 octobre 2005, l'assuré s'est vu allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2001 au 31 octobre 2002, une demi-rente du 1^{er} novembre 2002 au 31 décembre 2003 pour cas pénible et un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2004.
10. L'assuré a formé opposition à ladite décision le 10 octobre 2005, contestant le mode de calcul employé par la CCGC. Celle-ci ayant demandé à l'assuré de compléter sa motivation, il est apparu que l'opposition portait également sur le degré d'invalidité retenu. Le 14 novembre 2005, l'assuré a complété son opposition en ce sens.
11. Le 9 novembre 2005, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a attesté que son patient souffrait actuellement, en plus de ses douleurs, d'un trouble somatoforme persistant probablement comme conséquences des difficultés physiques et morales actuelles. Le médecin a précisé qu'une prise en charge psychiatrique était indiquée et avait du reste débuté le 4 novembre 2005.
12. Dans un rapport du 15 décembre 2005, le Dr E_____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état anxio-dépressif réactionnel. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100% depuis mai 2000 et de 80% depuis fin 2001. Selon lui l'état de santé de l'assuré s'aggrave. Il a joint à son rapport les courriers de trois confrères consultés, soit:

- celui de la Dresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui le 1^{er} novembre 2005 a relevé les éléments suivants:

"les fonctions cognitives sont grossièrement conservées, la thymie est légèrement déprimée avec des fléchissements anamnestiquement plus importants lors d'exacerbation des douleurs, tendance à un isolement social relatif, tendance à l'interprétativité et aux idées de préjudice, maîtrise émotionnelle durant l'entrevue, hyper-focalisation sur les douleurs et banalisation des troubles de l'humeur qui l'accompagnent parfois, absence de signes florides de la lignée psychotique".

La Dresse F_____ a conclu à un syndrome douloureux chronique résistant aux traitements proposés, sans substrat organique mis en évidence dans les bilans effectués encore récemment. Elle considère que l'investissement massif des douleurs et des procédures juridiques que le patient a intentées dans son sentiment de préjudice, ainsi que la banalisation des conflits émotionnels liés aux pertes dans son parcours de vie récent, évoquent un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

- celui du Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 4 octobre 2005. Celui-ci a indiqué que l'assuré souffrait de cervico-brachialgies gauches chroniques à la suite de plusieurs coups du lapin en 2000 et 2001. Il a constaté des contractures musculaires para-cervicales et du trapèze avec toutefois des douleurs qui semblent dépasser le cadre habituel auquel on pourrait s'attendre après de tels traumatismes.

L'examen neurologique est difficile à évaluer parce qu'il n'y a pas vraiment de logique dans la distribution des troubles sensitifs et qu'il y a des lâchages qui sont à son sens plus antalgiques au niveau du membre supérieur gauche.

- enfin celui du Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie du 12 octobre 2005, selon lequel l'examen neurologique est normal. Ce médecin a précisé:

"l'examen de la force est difficile et comporte quelques aberrations neurologiques; d'une part la manœuvre de Hoover est positive et témoigne donc d'une mauvaise collaboration du patient durant l'examen de la force, d'autre part le patient présente une parésie proximale des cuisses lorsqu'on l'examine en position couchée, mais il est capable en position debout de faire une genuflexion, ce qui représente une contradiction. J'ai donc l'impression que la collaboration du patient est extrêmement mauvaise et ne correspond pas à des séquelles des accidents. Une mauvaise collaboration traduit très vraisemblablement la détresse psychologique dans laquelle il se trouve".

13. Le médecin du SMR a proposé un complément d'expertise, au vu de l'aggravation alléguée par le médecin traitant.
14. Le Dr C_____ a ainsi réexaminé l'assuré le 18 mai 2006 et complété son expertise du 20 août 2004. Il pose les diagnostics d'épisode dépressif majeur de gravité légère à moyenne, de trouble somatoforme indifférencié (probable évolution névrose de rente), et fait état d'un aspect paranoïaque "sensitif".

Il relève que depuis son examen du 24 juin 2004, l'évolution est marquée par une aggravation subjective des douleurs et du handicap allégué. La décision de l'OCAI lui octroyant une rente à 40% a été perçue comme un désaveu de ses problèmes physiques et des conséquences des accidents dont il s'estime avoir été victime. Il relève que le diagnostic retenu par la Dresse F_____ est le même que celui dont il avait fait état dans son expertise du 20 août 2004. Il confirme dès lors une incapacité de travail de 40%, recommandant toutefois, "vu la complexité de cette situation, que l'assuré soit examiné au SMR afin d'évaluer de manière objective les atteintes somatiques sous-jacentes.

15. Prenant note de ce que le Tribunal de première instance avait prononcé son divorce en date du 14 avril 2005, la CCGC a procédé à un nouveau calcul de sa rente et par décision du 3 mai 2006, a fixé à nouveau le montant des rentes dû à l'assuré.
16. Par décision sur opposition du 26 juin 2006, l'OCAI a confirmé ladite décision, s'agissant du calcul auquel la CCGC avait procédé pour déterminer le montant de la rente.

17. Par une seconde décision sur opposition du même jour, l'OCAI a confirmé sa décision du 4 octobre 2005 quant au degré d'invalidité retenu, rappelant qu'elle s'était fondée sur l'expertise du Dr C_____ et son complément.
18. L'assuré a interjeté recours le 25 juillet 2006 contre les décisions sur opposition du 26 juin 2006. Il rappelle qu' "il a été victime d'accidents avec coups du lapin caractéristiques, lesquels ont généré "une entorse cervicale" (qui est une maladie complexe au niveau du rachis cervical) "coup du lapin = coup de fouet = entorse cervicale", on compte la douleur aiguë et chronique au cou, à l'épaule et aux bras, compression médullaire, la douleur à la mâchoire, les maux de tête, les troubles, les problèmes oculaires, etc". Il se réfère aux conclusions de son médecin traitant le Dr E_____ selon lesquelles son degré d'invalidité est supérieur à 60%. Il conteste également le calcul de sa rente, affirmant avoir payé toutes les primes jusqu'au 30 juin 2006 et déclarant avoir relevé des calculs erronés concernant son divorce.
19. Le 24 août 2006, Maître Pierre SEIDLER, au nom et pour son compte, a complété le recours. Il reproche à l'OCAI de s'être borné à mettre en œuvre une expertise psychiatrique, manifestement insuffisante pour déterminer son invalidité médico-théorique respectivement son degré d'invalidité alors que l'on se trouve face à une constellation de troubles particulièrement bien connus en matière de coup du lapin. Il considère ainsi que l'instruction du dossier est extrêmement lacunaire et conclut à ce que la cause soit renvoyée à l'OCAI afin que celui-ci procède aux investigations médicales complémentaires nécessaires.
20. Dans sa réponse du 25 août 2006, l'OCAI a confirmé et le degré d'invalidité de 40% depuis le 1^{er} novembre 2002, et le montant de la rente calculé suite à la communication de la date du jugement définitif et exécutoire du divorce prononcé entre les époux. Il a ainsi conclu au rejet du recours.
21. Dans sa réponse complémentaire du 6 septembre 2006, l'OCAI a rappelé que l'essentiel de la problématique se situe chez cet assuré sur le plan psychique, lequel a fait l'objet, de même que les lésions somatiques du reste, de toute investigation utile et nécessaire. Il constate dès lors qu'une nouvelle expertise n'apporterait rien de plus.
22. Par courrier du 9 novembre 2006, l'assuré a répété que l'instruction du dossier par l'OCAI avait été minimaliste puisque celui-ci s'était contenté d'une simple et unique expertise psychiatrique, alors que selon la doctrine et la jurisprudence en matière de coup du lapin, il est nécessaire, pour déterminer d'une part les conséquences de l'accident, respectivement des accidents, et d'autre part l'incapacité de travail, respectivement l'incapacité de gain de la victime, de soumettre celle-ci à des examens médicaux approfondis, tant sur le plan neurologique que sur le plan neuropsychologique par exemple. Il produit à cet égard un article publié dans

Forum Méd. Suisse N° 47 du 20 novembre 2002, intitulé: Diagnostic et traitement du traumatisme crânio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. Il prie en conclusion le Tribunal de céans d'ordonner une expertise médicale multidisciplinaire.

23. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à 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 LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 26 juin 2006 mais statue sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000. Le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin,

s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGa).
5. Le litige porte sur le degré d'invalidité présenté par le recourant à compter du 1^{er} novembre 2002 et sur la façon dont la CCGC a calculé le montant de sa rente.
6. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.
7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.
8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses

douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. 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).

10. Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
11. En l'espèce, l'assuré a subi plusieurs accidents consécutifs, lors desquels il a souffert de coups du lapin. Le Dr A _____ et le Dr B _____ faisaient état dans leurs rapports respectifs des 23 septembre 2002 et 5 mars 2003 de traumatisme crânio-occipital. Les médecins ont par ailleurs souligné l'importance d'une composante dépressive marquée.

Une incapacité de travail entière a été reconnue à l'assuré du 11 mai 2001 à août 2002, date à compter de laquelle le Dr C _____ a considéré que son état dépressif majeur était tout au plus de gravité légère à moyenne, et que la reconnaissance d'une capacité de travail de 40% représenterait un compromis "équitable".

Les trois médecins consultés par le médecin traitant ne se sont pas déterminés sur le taux d'incapacité de travail.

12. L'examen psychiatrique conduit par le Dr C _____ le 20 août 2004 se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que le rapport

d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Une nouvelle expertise médicale s'avère dans ces conditions inutile.

Il y a lieu de constater que le Dr B _____ en 2003, le Dr C _____, dans son expertise et le Dr H _____, en octobre 2005, ont relevé une discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap allégué et les constatations objectives. La Dresse F _____ précise qu'aucun substrat organique n'a été mis en évidence dans les derniers bilans effectués. Le Dr G _____ constate que les douleurs semblent dépasser le cadre habituel auquel on pourrait s'attendre après les traumatismes subis. Il indique à cet égard qu'il n'y a pas de logique dans la distribution des troubles sensitifs. Le Dr H _____ a de même fait état d'aberrations neurologiques.

13. Le médecin traitant, les spécialistes consultés par lui et les médecins du SMR sont d'accord pour dire que l'assuré souffre d'un trouble somatoforme douloureux.

Seul le Dr E _____ dans son rapport du 15 décembre 2005 évalue l'incapacité de travail à 80% depuis fin 2001 et fait succinctement état d'une aggravation de l'état de santé.

Dans son complément d'expertise du 18 mai 2006, le Dr C _____ a préalablement souligné le fait que les conclusions de son expertise du 20 août 2004 rejoignent celles de la Dresse F _____ et a confirmé le taux de 40% d'incapacité de travail.

14. Ni la Dresse F _____ ni le Dr C _____ n'ont fait état de trouble psychiatrique grave, ce dernier s'étant borné à évoquer une évolution vers une sorte de névrose de rente. Selon la Dresse F _____, l'assuré présente des symptômes thymiques légers et fluctuants. L'état dépressif diagnostiqué dès le début est qualifié de moyen à léger par le Dr C _____ dès août 2002 et d'état réactionnel par le Dr E _____. Il ne saurait ainsi être constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. De plus, le TFA estime que les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, consid. 3.3.1).

15. Restent les autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle à plein temps.

Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assuré souffrant depuis plusieurs années de divers troubles (temporalgies gauches irradiant dans la nuque, les épaules jusqu'aux doigts).

Il ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie au sens de la jurisprudence (2). La Dresse F_____ n'a en effet mentionné qu'une tendance à un isolement social relatif. Le Dr C_____ a relevé que la situation familiale paraît être aplanie (l'assuré a pu renouer des contacts avec sa fille); qu'en revanche, l'évolution se fait vers une sorte de névrose de rente (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence). Il y a par ailleurs lieu de rappeler que l'assuré n'a pas cessé toute activité lucrative; il a réaménagé ses horaires en travaillant quelques après-midi par semaine entre 12 h 30 et 19 h 00 environ.

16. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

Il s'ensuit que le degré d'invalidité de 40% depuis le 1^{er} novembre 2002 ne peut être que confirmé.

17. Le calcul auquel a procédé la CCGC pour déterminer le montant de la rente due à l'assuré est par ailleurs conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables.
18. Aussi le recours, mal fondé, doit-il 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. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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