RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3372/2005 **ATAS/1054/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 23 novembre 2006

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , THONEX	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né le 1965, de nationalité yougoslave, au bénéfice d'une formation d'agriculteur, travaillait depuis le 13 mars 2000 comme manœuvre en bâtiment. Il ressort de ses comptes individuels qu'en 2000, il a réalisé un revenu de Fr. 37'278.-. Il était couvert, pour le risque d'accidents professionnels et non professionnels, par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).

2. Le 27 novembre 2001, il a été victime d'un accident professionnel : il a reçu une plaque d'aluminium de trois-quatre kilogrammes sur le côté gauche du crâne et de la face, ce qui lui a occasionné un whiplash et des contusions faciales à gauche. Il n'y a cependant pas eu de chute. Le patient s'est décrit comme "un peu k.-o." durant quelques instants. Il a essayé de poursuivre son travail mais est rentré après quelques heures en se plaignant de vertiges et de l'apparition de céphalées. Le jour même, il a consulté le centre médical de Chêne-Bourg à Genève. L'IRM cervicale n'a rien démontré.

3. Son état ayant évolué vers une extension et une péjoration de la symptomatologie douloureuse, l'assuré a consulté le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. Ce dernier, dans un rapport établi le 1er mars 2002, l'a décrit comme apathique et poly-plaintif. Le médecin a conclu à un syndrome algique relativement global. Il a posé un pronostic "sombrissime" et proposé d'organiser une prise en charge à la clinique romande de réadaptation (CRR) de la SUVA à Sion.

4. L'assuré a donc été adressé à la CRR pour une prise en charge pluridisciplinaire dans le contexte d'une symptomatologie douloureuse étendue. Le status neurologique d'admission était normal, hormis des troubles aspécifiques de la sensibilité superficielle (bord externe de la cuisse gauche, bord interne du mollet gauche, dos du pied gauche, région deltoïdienne droite). L'examen cervical a montré une limitation fonctionnelle active alors que le testing passif était peu contributif en raison de contre-pulsions. La palpation a été décrite comme diffusément douloureuse tandis que l'on ne notait pas de franche hypertonie de la musculature para-cervicale ou scapulaire. L'examen dorso-lombaire a mis en évidence une légère limitation fonctionnelle. L'évaluation de l'épaule gauche était normale hormis une légère limitation de l'abduction active.

   Pendant son hospitalisation, le patient a suivi un programme physiothérapeutique quotidien. De nombreuses discordances ont été notées, en particulier entre les situations de testing ciblé et l'observation au cours d'autres activités. Aucun progrès tant objectif que subjectif n'a été noté.

L'évaluation prévue dans les ateliers professionnels n'a pu avoir lieu car en dehors de la première séance - où il a tant bien que mal participé à des travaux de nettoyage -, le patient s'est toujours déclaré incapable d'effectuer quoi que ce soit en raison de ses multiples douleurs.

Au cours du séjour, le patient s'est entretenu avec le Dr B_____, psychiatre. Une approche psychothérapeutique a été tentée, mais a été abandonnée après deux séances car "aucune porte d'entrée n'a pu être trouvée pour commencer un travail quelconque chez un patient qui a vécu son accident de manière catastrophique" et qui était enfermé dans sa douleur. Au cours du concilium psychiatrique, les médecins ont relevé quelques éléments dépressifs sous la forme d'idées de ruine et d'insuffisance mais ni anxiété ni éléments psychotiques florides. Ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif majeur de degré moyen. Les médecins ont indiqué que les antécédents familiaux et personnels étaient plutôt rassurants, qu'on ne retrouvait rien de particulier hormis le stress lié à l'émigration et à une acculturation qui avait pu être difficile mais ont souligné que l'événement traumatique avait été vécu de façon particulière dans le sens que le sujet l'avait intégré de façon catastrophique. Ils ont relevé une tendance à l'évitement de la place de travail mais pas d'autre éléments permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Selon le Dr B_____, le diagnostic d'état dépressif majeur de degré moyen n'engendre pas d'incapacité de travail en soi. Les médecins n'ont dès lors trouvé aucune justification à la poursuite de l'incapacité de travail. C'est la raison pour laquelle ils ont préconisé la reprise du travail à 50% dans le métier d'ouvrier en bâtiment à compter du 10 juin 2002 en précisant que cette capacité pourrait être rapidement augmentée à 100%. Néanmoins, au vu du comportement douloureux du patient, les médecins ont posé un pronostic extrêmement sombre.

En définitive, ont été posés les diagnostics suivants : symptomatologie protéiforme avec cervico-dorso-lombalgies chroniques irradiant dans l'épaule et le membre supérieur gauches, céphalées chroniques, vertiges, état dépressif majeur.

5. Le 1er juillet 2002, le Dr. C_____, a attesté de la persistance du syndrome douloureux.

6. Du rapport établi le 16 août 2002 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr. D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, il ressort qu'aucun substrat organique n'a été trouvé à la symptomatologie protéiforme de l'assuré. Le patient se plaignait d'une symptomatologie douloureuse diffuse allant de la région occipitale jusqu'à la région sacrée; selon lui, les douleurs étaient continues; il n'y avait eu aucune réaction aux médicaments; le sommeil était impossible. Le Dr D_____ a fait remarquer que, malgré le fait qu'au sortir de la CRR, la capacité de travail avait été fixée à 50%, l'assuré n'avait jamais repris son activité,

son patron n'étant pas d'accord avec ces conclusions. Le Dr D_____ a conclu qu'au niveau de la petite plaie de l'oreille gauche et de la contusion mandibulaire, la guérison était obtenue; au niveau cervical, aucune lésion n'avait été identifiée; aucune explication organique n'avait été trouvée pour expliquer la symptomatologie douloureuse diffuse et son extension; aucune approche thérapeutique n'avait été efficace. Dans ces conditions, le médecin a conclu que la situation clinique de l'assuré ne pouvait plus être considérée comme étant en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 27 novembre 2001.

7. Par décision du 28 août 2002, la SUVA a mis fin à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2002. Se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a considéré que les troubles de la colonne cervicale et lombaire, de l'épaule et du bras gauches n'engageaient pas sa responsabilité dans la mesure où ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

8. Le 13 novembre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

9. Le Dr. C_____, du centre médical de Chêne-Bourg, a adressé un rapport à l'OCAI en date du 7 mai 2003. Il a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de syndrome somatoforme douloureux persistant et d'état anxio-dépressif moyen. Il a fixé l'apparition de ces atteintes au mois de novembre 2001, a qualifié l'état du patient de stationnaire et conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité de manœuvre du bâtiment. Il a également estimé qu'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

10. Le 25 février 2004, le Dr. E_____, du service médical régional AI (ci-après SMR) a préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique. Le Dr M. I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté à cette fin.

11. Le Dr F_____ a rendu son rapport le 22 septembre 2004, sur la base d'un entretien qu'il a eu avec l'assuré en présence d'un interprète, de tests psychométriques et du dossier de l'assuré.

    L'expert a indiqué que l'assuré restait focalisé sur ses plaintes douloureuses qui, d'après lui, seraient la seule cause de son incapacité de travail. Il se plaint de douleurs lombaires, cervicales avec sentiment de blocage, qui n'auraient pas évolué depuis trois ans et l'empêcheraient de conserver la position assise de manière prolongée ou de porter des objets de plus de cinq à six kilos.

    Le médecin a indiqué que l'examen clinique et le test Hamilton conduisaient à conclure à une symptomatologie dépressive tout au plus légère alors que le test Beck concluait à une dépression très sévère. Le médecin a expliqué que lorsqu'il

existe une telle discordance entre les deux tests, cela tend à démontrer une tendance à la majoration et à la dramatisation des problèmes. Du point de vue psychopathologique, l'expert a estimé que l'assuré présentait quelques signes ténus de la lignée dépressive, insuffisants pour entrer dans le cadre d'un état dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère. En effet, de l'observation clinique et de l'analyse du fonctionnement extraprofessionnel de l'assuré, il est ressorti qu'il n'y avait pas véritablement d'apragmatisme, d'aboulie, de baisse de la motivation et que l'assuré pouvait effectuer des activités de loisirs et sociales sans grandes difficultés.

Selon l'expert, l'examen clinique l'a confronté à un patient qui adopte une attitude très passive et qui tend à vouloir majorer ses difficultés. Selon lui, cette simple constatation permet d'expliquer l'éventuelle discordance d'appréciation entre lui-même et le médecin traitant : ce dernier, par définition, fait le postulat de sincérité de son patient qui ne saurait lui être contestée. L'expert a également évoqué la possibilité qu'à la fin de l'année 2002 ou au début de l'année 2003, l'assuré ait effectivement présenté une symptomatologie dépressive de gravité moyenne réactionnelle ouvrant le diagnostic entre un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive ou un état dépressif de gravité majeure premier épisode. En effet, à cette période, l'assuré a été confronté à un divorce qui l'a mis dans une situation administrative très complexe puisque la police des étrangers lui a signifié son expulsion du territoire suisse sous réserve de la décision de l'OAI. Le cours naturel des choses, la prescription d'un traitement anti-dépresseur - interrompu en mai 2004 - ont permis une bonne évolution des symptômes dépressifs.

Au moment de l'expertise, l'assuré se plaignait de douleurs aux niveaux lombaire et cervical, atypiques, mal systématisables, ne répondant que peu aux antalgiques connus. Cependant, compte tenu de la discordance manifeste entre l'importance des plaintes, du handicap fonctionnel allégué et l'observation pendant plusieurs heures au cabinet ainsi que l'analyse du fonctionnement extraprofessionnel, l'expert a retenu une majoration des plaintes, dont il a estimé qu'elle ne relevait pas d'une pathologie psychiatrique mais certainement de motifs sortant largement du champ médical. A cet égard, le médecin a fait remarquer que si l'assuré déclarait aller mieux, il serait immédiatement renvoyé du territoire suisse, de sorte que les plaintes somatiques étaient sans doute surinvesties.

Selon l'expert, rien n'indique que l'assuré présente un trouble significatif de la personnalité prémorbide car il a toujours bien fonctionné tant du point de vue personnel, social que professionnel. S'il a vraisemblablement présenté un état dépressif de gravité moyenne en rapport avec des facteurs de stress multiple, celui-ci a évolué favorablement au plus tard depuis mai 2003 par le cours naturel des choses et la mise en route d'un traitement anti-dépresseur.

Du point de vue psychiatrique, l'expert a recommandé d'éviter la multiplication des investigations médicales et traitements proposés car, selon lui, la problématique se situe au niveau administrativo-économique.

Quant aux influences sur la capacité de travail de l'assuré, l'expert a jugé qu'au plan physique, objectivement, l'assuré paraissait peu limité et qu'aux plans psychique et mental, il ne souffrait que d'une légère symptomatologie dépressive, sans incidence notable sur son fonctionnement quotidien. L'expert a estimé justifié de se fonder sur l'appréciation pluridisciplinaire de la capacité de travail réalisée par la CRR, laquelle a conclu à une aptitude au travail de 50% dès le 10 juillet 2002, puis rapidement à 100%. Selon lui, l'incapacité de travail n'aurait donc duré que du 28 novembre 2001 au 31 août 2002.

12. Par décision du 25 novembre 2004, l'OCAI a considéré que l'assuré avait recouvré sa capacité totale de travail dès le 31 août 2002 et a rejeté sa demande de prestations.

13. Par courrier du 3 janvier 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant souffrir depuis son accident de douleurs qui lui interdisent toute activité professionnelle. Il a par ailleurs contesté avoir retrouvé une capacité de travail totale dès le 31 août 2002 et s'est référé à l'avis de son médecin, le Dr C_____.

14. Dans un bref courrier adressé le 15 janvier 2005 au Dr C_____, le Dr . G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir reçu l'assuré pour une unique consultation et avoir diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, un état dépressif moyen et une personnalité fruste. Le médecin a ajouté que ces éléments, combinés avec un niveau d'instruction et de formation faible et une grave désinsertion sociale et culturelle due à des connaissances insuffisantes en français rendaient impossible l'accessibilité à une thérapie.

15. Par courrier du 28 février 2005, l'assuré a complété son opposition en produisant une attestation rédigée le 2 février 2005 par le Dr C_____. Ce dernier y a confirmé que son patient présentait un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, un état psychique cristallisé avec un retrait social important et que les différents traitements entrepris s'étaient soldés par un échec. Il a ajouté que les mesures thérapeutiques n'étaient pas encore épuisées et nécessitaient une prise en charge globale par un réseau spécialisé. Il a émis l'opinion que l'expertise psychiatrique du Dr F_____ banalisait la grave désinsertion sociale et culturelle de son patient, aggravée consécutivement à l'accident et déterminante dans l'évolution du cas. Selon lui, l'expertise insiste lourdement sur une problématique administrative ou économique qui, bien que réelle, ne joue à son avis qu'un rôle secondaire. Considérant l'état de santé préoccupant du patient, les

ressources sanitaires précaires de son pays d'origine, le Kosovo, et le dossier médical étayé élaboré à Genève, le médecin a émis l'avis qu'il était particulièrement approprié de poursuivre les investigations et le traitement en Suisse.

16. Dans un bref courrier daté du 16 juin 2005, le Dr. H_____, du département de psychiatrie des HUG, a indiqué qu'une prise en charge psychiatrique avait débuté le 4 février 2005, que l'état clinique de l'assuré était resté stationnaire avec, au premier plan, un syndrome douloureux somatoforme persistant et, au second plan, un état dépressif moyen qui, malgré un traitement adapté, sont restés résistants chez ce patient "très peu mobilisable quant à ses ressources". La compliance au suivi médical a été qualifiée optimale, le patient étant toujours régulier à ses rendez-vous. Au niveau de la compliance médicamenteuse, le médecin a noté une prise irrégulière du traitement - révélée par les taux sanguin du médicament restés continuellement en dessous de la norme -, malgré des explications adaptées.

17. Dans un rapport médical adressé le 6 juillet 2005 à l'OCAI, le Dr H_____ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec symptômes somatiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant impliquant une entière incapacité de travail depuis 2002. Le médecin a dit avoir constaté une thymie dépressive, de l'apathie, de l'aboulie, de l'anhédonie, des troubles de l'attention et de la concentration, une anxiété et des plaintes douloureuses importantes. Il a émis un pronostic réservé. Selon lui, l'incapacité de travail est due uniquement à une ou des affections physiques ou mentales et non à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

18. Le Dr E_____, du SMR, a rendu un avis le 10 août 2005. Après examen des courriers des Drs G_____, C_____ et H_____, il a maintenu sa position.

19. Par décision sur opposition du 24 août 2005, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations du 25 novembre 2004. Il a relevé que le Dr G_____ faisait référence à des facteurs d'instruction, d'insertion sociale, culturelle et de langue qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Il a par ailleurs jugé que ce rapport n'était pas probant et ne contredisait d'ailleurs pas l'expertise psychiatrique du Dr I_____. S'agissant du courrier du Dr C_____, l'OCAI a fait remarquer qu'il n'était constitué que d'une appréciation historique et anamnestique, suivie du résumé du suivi du patient et qu'il n'apportait aucun élément probant contredisant de manière convaincante l'expertise du Dr I_____. Enfin, concernant le courrier du Dr H_____, l'OCAI a retenu que la compliance médicamenteuse était insuffisante et que l'assuré ne faisait donc pas tout ce qui était exigible de sa part pour réduire le dommage.

20. Par courrier du 26 septembre 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. En substance, il fait valoir que les critères posés par la jurisprudence pour admettre

qu'une activité professionnelle n'est plus exigible de sa part sont réunies. Il affirme qu'il est de bonne volonté mais que son état dépressif, ses douleurs et sa personnalité fruste ne lui permettent pas de s'adapter facilement aux circonstances. A noter que le recours a été rédigé et signé par Monsieur K_____.

21. Interrogé par le tribunal de céans, Monsieur K_____ a indiqué, par courrier du 11 octobre 2005, qu'il possédait une formation juridique et exerçait son activité professionnelle dans un cabinet de conseil en matière juridique, administrative et fiscale.

22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 25 octobre 2005, a conclu au rejet du recours.

23. Par courrier du 27 octobre 2005, le tribunal de céans a indiqué à Monsieur K_____ que rien ne s'opposait à ce qu'il continue à représenter l'assuré dans la mesure où celui-ci avait établi une procuration en bonne et due forme. Il a cependant attiré son attention sur le fait qu'il pourrait ne pas être considéré comme un mandataire professionnellement qualifié en matière d'assurances sociales.

24. Par courrier du 29 novembre 2005, Monsieur K_____ a indiqué que, quoi qu'il en soit, il avait cessé d'occuper.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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) 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 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

Le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois de novembre 2002. Étant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Interjeté dans les forme et délais prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et ss LPGA).

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

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain

toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

d) Il y a encore 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).

7. En matière de troubles somatoformes douloureux, atteinte à la santé dont les manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - ne s'expliquent pas par une pathogenèse claire et fiable, il est difficile de mesurer la limitation de la capacité de travail, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'un trouble somatoforme douloureux, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de

volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

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

déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

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

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

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

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

une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

9. Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F_____ et se réfère à l'avis de son médecin-traitant, le Dr C_____. En l'espèce, pour apprécier le degré d'invalidité du recourant, l'OCAI s'est effectivement fondé essentiellement sur le rapport du Dr F_____ dont il estime qu'il a pleine valeur probante et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'en remettre en cause les conclusions, d'autant plus qu'elles ne sont pas infirmées par les autres pièces médicales du dossier. En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail résiduelle de 100% dès le 31 août 2002, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

10. La question de savoir si l'expertise du Dr F_____ remplit les exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante est douteuse, compte tenu des insinuations - totalement dépourvues de caractère médical - que du médecin en question. Cette question peut cependant rester ouverte en l'occurrence. En effet, le caractère invalidant du trouble somatoforme présenté doit quoi qu'il en soit être nié au vu des observations objectives des différents médecins et des critères dégagés par la jurisprudence du TFA.

    En premier lieu, il faut nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence, puisque l'expertisé ne souffre que d'une légère symptomatologie dépressive. Sur ce point, l'attestation du Dr C_____, médecin traitant non spécialiste, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions motivées du consilium psychiatrique de la CRR.

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

    A l'examen de l'expertise et du rapport de la CRR, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques. En revanche, compte tenu du jeune âge du recourant, notamment, force est de constater qu'il n'a pas épuisé ses

ressources adaptatives et qu'il ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, quoi qu'en dise le Dr C_____. A cet égard, le Dr F_____ a d'ailleurs souligné que la légère symptomatologie dépressive de l'assuré n'avait aucune incidence notable sur son fonctionnement quotidien. On ne saurait davantage conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, ni à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque le médecin traitant indique précisément que toutes les mesures thérapeutiques ne sont pas encore épuisées.

Quant aux considérations du médecin traitant concernant les ressources sanitaires du pays d'origine du recourant, force est de constater qu'elles sont dénuées de pertinence en matière d'assurance-invalidité.

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

Le recours mal fondé sera par conséquent rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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