REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3812/2006 **ATAS/495/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 9 mai 2007

En la cause

Monsieur E_____, domicilié , GENEVE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur E_____, ressortissant tunisien, né le 1958, est arrivé en Suisse en 1984. Dès 2001, il travaille comme portier-bagagiste à plein temps auprès de X_____ S.A. Depuis janvier 2004, il exerce également une activité accessoire en tant qu'employé d'entretien auprès de X_____ S.A., et ce 10 heures par semaine.

2. En date du 1er septembre 2004, l'assuré glisse dans les escaliers et chute. Les parties du corps atteintes sont le genou droit et le dos. Depuis lors, il présente une incapacité de travail totale.

3. Dans son rapport du 6 septembre 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en radiologie, indique que l'assuré présente une scoliose lombaire à convexité gauche avec diminution de la lordose physiologique et des becs ostéophytaires antérieurs en L2-L3. Les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sont d'épaisseur normale. En ce qui concerne le genou droit, un signe d'épanchement intra-articulaire est constaté.

4. Dans son rapport du 19 octobre 2004, le Dr A_____ note que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du genou droit effectuée la veille a permis de constater notamment une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne, un status après étirement du ligament croisé antérieur ainsi qu'une rupture partielle du ligament collatéral interne.

5. Dans un rapport du 16 novembre 2004, les Drs B_____ et C_____, respectivement médecin traitant de l'assuré et médecin répondant auprès de la PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE DE CHANTEPOULET S.A., diagnostiquent une contusion du genou droit, des fesses et sacro-lombaire. Le traitement suivi comprend de la physiothérapie, du sel marin, du Brufen et de la crème. L'incapacité de travail est totale depuis le 2 septembre 2004.

6. Le 15 février 2005, le Dr D_____, spécialiste FMH en orthopédie, diagnostique une entorse du genou droit et rappelle les conclusions du rapport du 19 octobre 2004 du Dr A_____. Il indique par ailleurs que lors de la consultation du 26 octobre 2004, l'assuré se plaignait de douleurs vertébrales et de douleurs au genou droit. Concernant une éventuelle intervention chirurgicale, il explique avoir adressé, en date du 26 octobre 2004, l'assuré auprès des (ci-après "établissement hospitalier") et ne l'avoir plus revu depuis. Enfin, pour la question du traitement des atteintes et de la reprise du travail, il convenait de voir ce qu'il en était avec le médecin traitant.

7. En date du 8 mars 2005, le Dr. E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, soit l'assureur-accidents

ayant pris en charge les conséquences de l'accident du 1er septembre 2004, a examiné l'assuré. Il résulte de son rapport daté du 10 mars 2005 que les douleurs lombaires et au genou droit persistent. L'assuré se plaint également de douleurs à la cheville et à la jambe droites. Il explique par ailleurs avoir tout perdu: son travail, sa santé et son appartement. Au status, la marche est sans particularité. Le genou droit ne présente pas d'épanchement, ni de douleur à la palpation dans toute la région antérieure. La tenue ligamentaire n'est pas testable. Il existe des douleurs à la palpation au niveau postérieur sur les jumeaux et le creux poplité. Au genou gauche, la tenue ligamentaire est également difficile à tester. Des oedèmes sont constatés au pied droit, une absence de douleur localisée à la palpation ainsi qu'une difficulté à relever le pied droit dont l'importance est difficile à estimer. Au niveau de la colonne lombaire, l'assuré présente des douleurs sur les épineuses de L5-S1. Le Dr E_____ conclut qu'au niveau du genou droit, l'impression clinique n'est pas du tout celle d'un dérangement intérieur lié à une lésion méniscale. Au niveau lombaire, aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence. Le médecin précise qu'aucun diagnostic pouvant expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré n'a été posé. Ce problème de diagnostic doit donc être résolu, le cas échéant avec une hospitalisation de l'assuré à la Clinique de Rhumatologie à Beau-Séjour. Enfin, la description faite par l'assuré de sa situation, sur le plan psychosocial, est absolument catastrophique. Pour le médecin, il existe une importante composante psychosociale dans l'incapacité de travail.

8. Dans un rapport daté du 20 avril 2005, le Dr B_____ rappelle les diagnostics de contusion du genou droit et de déchirure grade III du ménisque interne du genou droit. L'évolution de la contusion sacro-lombaire est quant à elle positive. Le status est bon. Le traitement en cours consiste en de la physiothérapie, des massages et du Brufen.

9. Le 20 mai 2005, l'assuré dépose une demande de prestations pour adultes auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), en vue de l'obtention d'une rente.

10. Dans leur rapport à l'OCAI daté du 8 juin 2005, les Drs B_____ et C_____, expliquent que leur patient souffre, depuis le 1er septembre 2004, d'une contusion du genou droit, d'une déchirure grade III du ménisque interne du genou droit ainsi que d'une contusion sacro-lombaire. Depuis cette date, l'incapacité de travail est totale. L'assuré se plaint de douleurs sacro-lombaires et au genou droit. A titre de constatations objectives, il est fait état d'une tuméfaction et d'un œdème au genou droit ainsi que d'une mobilité douloureuse et limitée. L'assuré a été adressé au département d'orthopédie des "établissement hospitalier". Une intervention a été proposée, mais que l'assuré l'a refusée. Le traitement suivi consiste en la prise d'anti-inflammatoires, de la physiothérapie et des bains. L'état de santé est stationnaire. Selon les médecins, l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il

exerce une quelconque activité. Il ne subsiste chez ce dernier aucune capacité fonctionnelle.

11. Le 25 juillet 2005, le Dr E_____ a revu l'assuré. Selon le rapport médical établi ce jour-là, l'assuré estime que depuis le mois de mars 2005, il n'y a pas eu d'évolution. Les douleurs au niveau du dos, qui vont pratiquement de l'aisselle droite au genou droit, persistent. Il indique ne pas pouvoir marcher, prendre des anti-douleurs et ne pas avoir été convoqué par les "établissement hospitalier". Au status, la marche est harmonieuse et sans particularité, le balancement des bras est tout à fait normal. Le genou droit est sec et une douleur à la palpation sur les jumeaux persiste. Le genou gauche ne présente pas d'épanchement, la rotule est sans particularité et la tenue ligamentaire est toujours difficile à tester. Une absence de douleurs localisées à la palpation des chevilles et pieds est constatée. Au niveau lombaire, il est fait état de douleurs à la palpation, décrites sur le flanc droit depuis quasiment l'aisselle jusqu'au trochanter. L'essai de mobilisation en flexion déclenche d'intenses douleurs. Le médecin conclut que la situation clinique est identique à celle qui existait, au niveau lombaire et du genou droit, après l'accident. Il souligne qu'aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence, ni au genou, ni au niveau lombaire. Onze mois après l'accident, la persistance d'une symptomatologie douloureuse, sans lésion objective au niveau vertébral et au niveau du genou droit, ne peut plus être attribuée aux conséquences de l'accident.

12. Le Dr. F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'assurances de la SUVA, a également été invité à se déterminer sur les troubles présentés par l'assuré. Sur la base des pièces médicales du dossier, le Dr F_____ explique dans son rapport du 27 septembre 2005, que le rachis lombaire de l'assuré est sans particularité, à l'exception d'une ossification en L2-L3. Il précise qu'il s'agit assurément d'une constatation qui n'est pas récente et que le Dr A_____ n'a présenté aucune observation quant à sa cause. En ce qui concerne le genou droit, il indique que contrairement à l'appréciation faite par le Dr A_____, le ligament croisé antérieur est intact et qu'il n'y a pas eu de rupture partielle du ligament latéral interne. Ainsi, compte tenu du fait que, initialement, seules des contusions ont été diagnostiquées et que les lésions du ménisque constatées à l'IRM ne sont, ni d'origine traumatique, ni vraisemblablement symptomatiques, il rejoint les conclusions du Dr E_____, à savoir que l'on ne peut constater chez l'assuré des suites lésionnelles importantes justifiant un traitement ou entraînant une répercussion sur l'exercice de son activité professionnelle. Le Dr F_____ précise que même si une distorsion du ligament croisé antérieur s'était produite, les suites de cette distorsion ne justifieraient pas non plus, un an après l'accident, une incapacité de travail.

13. Par décision sur opposition du 13 octobre 2005, confirmant une décision du 29 juillet 2005, la SUVA a mis fin à ses prestations dès le 1er septembre 2005.

14. Dans son avis du 23 juin 2006, le Dr. G_____ du Service médical romand Suisse Romande (ci-après: SMR) considère que les diagnostics constatés, à savoir un état après lésion du ligament latéral interne au genou droit, des contusions au genou droit, des douleurs sacro-lombaires ainsi qu'une obésité, n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier peut exercer son activité habituelle, ou toute autre activité, à plein temps et sans limitations, et ce dès le 1er septembre 2005. Selon lui, l'appréciation faite le 8 juin 2005 par les Drs B_____ et C_____, qui estiment la capacité de travail de l'assuré comme étant nulle dans toute activité, n'est pas convaincante.

15. En date du 13 juillet 2006, l'OCAI informe l'assuré de son projet de refus de rente, au motif que selon le dossier médical de la SUVA, il n'existe pas de suites lésionnelles justifiant une atteinte.

16. Le 28 juillet 2006, l'assuré conteste le projet de décision et sollicite l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles. Il estime ne pas être encore guéri et avoir des pertes de mémoire suite à l'accident. Il précise être disposé à travailler assis.

17. Par décision du 22 septembre 2006, l'OCAI rejette la demande de rente en indiquant que l'assuré n'a apporté aucun élément pertinent susceptible de faire modifier son projet de décision.

18. Par acte du 20 octobre 2006, l'assuré interjette recours contre la décision de l'OCAI. Il conclut à l'octroi d'une rente ou à des mesures professionnelles. Il fait valoir qu'il souffre du dos ainsi que des genoux.

19. Dans sa réponse du 31 octobre 2006, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision du 22 septembre 2006.

20. Dans sa réplique du 5 décembre 2006, le recourant souligne qu'il est encore en traitement médical auprès de LA PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE DE CHANTEPOULET S.A. et produit à cet effet un certificat médical établi par le Dr B_____, daté du 1er novembre 2006, attestant de l'incapacité de travail du recourant depuis le 1er septembre 2005.

21. Par courrier du 15 mars 2007, l'intimé transmet au Tribunal de céans copie d'un rapport médical, non daté, que le recourant lui a communiqué ce jour-là. L'intimé précise que cette pièce ne modifie en rien ses conclusions du 31 octobre 2006.

    Il résulte dudit rapport, établi par le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute, qu'à la demande du Dr B_____, le recourant a effectué cinq séances d'évaluation psychiatrique en janvier et février 2007. Le 10 février 2007, le Dr H_____ a eu un entretien téléphonique avec le Dr B_____ au cours duquel ce dernier lui a indiqué que les plaintes du recourant ne sont pas expliquées par un processus physiologique, que le patient fait une fixation sur

l'accident de 2004 et que par conséquent, depuis lors, l'incapacité de travail est totale dans les travaux habituels. Sur la base notamment des plaintes du recourant, de son dossier médical, et des cinq séances d'évaluation, le Dr H_____ diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une obésité (E66), un status post-contusion du genou droit et de la région sacro-lombaire en 2004. A titre de facteur de stress psychosocial, il fait état d'une difficulté à l'emploi et d'une incapacité à reprendre son travail habituel (Z56). Le Dr H_____ constate l'existence d'un repli sur soi avec retrait social en accentuation ainsi qu'une baisse de l'élan vital et une fatigabilité liée aux douleurs. L'humeur est déprimée en raison des douleurs et de l'impact de ces dernières sur sa situation socioprofessionnelle. Le recourant présente un sentiment d'impuissance, une préoccupation excessive avec des soupirs, d'auto-dévalorisation avec diminution de l'estime de soi. Le seuil de tolérance à la frustration est bas avec beaucoup de plaintes somatiques variables sans qu'elles soient expliquées physiologiquement. Le recourant présente une perte de l'intérêt pour son travail habituel bien qu'il reste ouvert au fait de retrouver un travail adapté à son état de santé actuel. Ce dernier croit à l'origine somatique de ses douleurs et adhère difficilement à l'hypothèse d'une éventuelle origine psychiatrique. La mémoire récente semble perturbée et la concentration est affaiblie. Le cours de la pensée est légèrement ralenti. Il n'y a pas d'idée noire ni phobique ni délirante mais une légère tendance à la vérification répétitive de la porte d'entrée de sa chambre. Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique. Le Dr H_____ conclut que le recourant présente un syndrome douloureux somatoforme persistant réactionnel à l'accident de 2004. Ce syndrome est compliqué par un état dépressif de degré moyen avec symptôme somatique. Ces affections ont réduit la capacité de travail à 0% dans les travaux effectués habituellement. Une incapacité de travail totale est encore en cours. A titre de proposition thérapeutique, il indique une prise en charge psychiatrique, consistant en une psychothérapie et un traitement médicamenteux. Un travail de réinsertion socioprofessionnelle adapté à l'état de santé du recourant lui semble indispensable.

22. Entendu le 21 mars 2007 en comparution personnelle, le recourant déclare:

"Je souffre d'insomnies, ce qui fait que je suis souvent pas bien quand je me lève. Hier et aujourd'hui, je me suis levé à 6h00 du matin, mais comme je n'étais pas bien, je me suis recouché. Souvent, pendant la journée, je me couche et je me lève en alternance. Je regarde parfois la télévision. Je n'ai pas d'amis, ni famille. Ainsi, je ne vois souvent personne pendant la journée. Comme j'ai des problèmes pour marcher, je sors uniquement pour faire les commissions. Je pourrais effectivement essayer de travailler en position assise, si j'étais guéri. Cependant, je n'ai pas cherché du travail. Le plus souvent, je me sens en effet trop mal avec des maux de tête et des nausées. Aujourd'hui, j'ai failli tomber. J'avais tout d'un coup des éclairs devant les yeux. Parfois, je tremble et je ne sais pas pourquoi, peut-être à cause des médicaments. Je suis triste et déprimé. Actuellement, je suis également très en

souci pour ma fille qui a 18 ans et est partie en France sans donner aucune nouvelle. En Tunisie, je ne me sens pas mieux. En Suisse, on peut au moins se faire soigner. Je me sens par ailleurs comme un étranger en Tunisie également. Depuis deux ou trois mois, je suis un traitement chez le Dr H_____, psychiatre à la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet. Les médicaments prescrits par le psychiatre m'ont un petit peu aidé. Le somnifère n'était cependant pas très efficace. Je vois le psychiatre 2 fois par mois."

23. Le procès-verbal de comparution personnelle des parties a été adressé à l'intimé, lequel était excusé pour cette audience, et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, est entrée en vigueur la novelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 13 juillet 2006, confirmé par décision du 22 septembre 2006, contre laquelle ce dernier a interjeté recours devant le Tribunal de céans.

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

5. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant ouvrent droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

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

   L'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 arrêts cités). 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).

7. 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. 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, ces données constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-sociale, l'allégation de 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. Elle doit également faire l'objet d'un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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).

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. 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).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (DTA 2001 p. 169).

8. Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre le recourant n'ont, dès le 1er septembre 2005, pas de répercussion sur sa capacité de travail. Il se fonde pour cela sur les conclusions des Drs E_____ et F_____. Pour sa part, le recourant soutient qu' il est incapable de travailler, en se basant sur les avis des Drs B_____, C_____ et H_____.

a) S'agissant des affections physiques, il résulte des pièces du dossier que le recourant souffre de douleurs à la jambe droite (genou et cheville) ainsi qu'au dos.

Les diagnostics posés suite à l'accident dont a été victime le recourant le 1er septembre 2004, étaient une contusion du genou droit, une déchirure grade III du ménisque interne du genou droit et une contusion sacro-lombaire (rapport du Dr B_____ du 8 juin 2005).

Selon le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a examiné le recourant en date des 8 mars et 25 juillet 2005, la persistance de la symptomatologie douloureuse ne pouvait alors pas s'expliquer par les diagnostics posés initialement. Le recourant ne présentait aucune lésion objective, ni au niveau lombaire, ni au genou droit. De l'avis du Dr

E_____, onze mois après l'accident, les douleurs ne pouvaient plus être attribuées aux conséquences de l'accident.

Le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a, dans son rapport daté du 27 septembre 2005, expliqué qu'aucune lésion, justifiant un traitement médical ou entraînant une répercussion sur l'exercice de l'activité professionnelle du recourant, ne pouvait être constatée. Selon lui, le ligament croisé antérieur était intact et il n'y avait pas eu de rupture partielle du ligament latéral interne. Etant donné que seules des contusions avaient été initialement diagnostiquées et que les lésions du ménisque n'étaient pas d'origine traumatique, il rejoignait les conclusions auxquelles était parvenu le Dr E_____. Enfin, il a précisé que même si une distorsion du ligament croisé antérieur s'était produite, les suites de cette distorsion ne justifieraient pas non plus, un an après l'accident, une incapacité de travail.

Les rapports du Dr E_____ se fondent sur une anamnèse, un examen clinique, sur le dossier radiologique et sur les plaintes que le recourant a exprimées. Ils tiennent compte par ailleurs de l'ensemble des appréciations des médecins consultés. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que les rapports du Dr E_____ remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine force probante.

Quant au rapport du Dr F_____, il a pris en compte l'ensemble des documents médicaux et radiologiques du dossier du recourant. Ce médecin s'est prononcé, en particulier, sur les appréciations effectuées par le Dr A_____ et a expliqué, de manière convaincante, pour quels motifs il s'en écartait. Ses conclusions sont cohérentes et dûment motivées. Ce spécialiste n'a certes pas effectué un examen clinique du recourant. Cependant, le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel du recourant, permettant ainsi de reconnaître une pleine force probante au rapport médical du Dr F_____ (RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

En outre, il y a lieu de relever que les conclusions des Drs E_____ et F_____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique, sont concordantes. Selon eux, les diagnostics posés initialement, soit une contusion du genou droit et de la colonne lombaire, ne justifient plus, un an après l'accident, une incapacité de travail.

Le Tribunal de céans constate par ailleurs qu'aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions des Drs E_____ et F_____.

En particulier, celles-ci ne sauraient être écartées au profit de l'avis des Drs B_____ et C_____, médecins traitants du recourant, selon qui ce dernier présente une incapacité de travail totale dans toute activité. Il ressort en

effet clairement de leur rapport du 8 juin 2005, qui ne contient au demeurant aucun développement circonstancié, que l'incapacité de travail retenue est uniquement expliquée par les douleurs ressenties par le recourant (annexe au rapport médical, réinsertion professionnelle, 8 juin 2005). Or, les simples plaintes subjectives ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2).

La valeur probante de l'appréciation médicale effectuée par les Drs B_____ et C_____ est en outre affaiblie par le fait qu'ils indiquent, sans motiver leur avis, qu'il ne subsiste chez le recourant aucune capacité fonctionnelle. Or, vu la nature des diagnostics qu'ils ont posés, soit une contusion du genou droit, une contusion sacro-lombaire et une déchirure du ménisque interne du genou droit, leur position ne convainc pas.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que dès le 1er septembre 2005, les diagnostics de contusions au genou droit et à la colonne lombaire n'ont plus de répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Cela dit, il sied de relever que le simple fait que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant ne se justifie plus par les diagnostics posés suite à l'accident, ne permet pas pour autant de conclure à l'absence de toute atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Il convient de relever à cet égard que le recourant se plaint notamment de douleurs remontant jusqu'à l'aisselle droite et à la cheville droite, qui n'ont fait l'objet d'aucune investigation. Par ailleurs, selon le Dr E_____, vu les troubles décrits par le recourant, il existait un problème de diagnostic, lequel nécessitait d'être repris à la base, avec le cas échéant un séjour dans un établissement hospitalier spécialisé en rhumatologie (rapport du 10 mars 2005). Or, aucun médecin rhumatologue ne s'est, en l'état, prononcé sur l'état de santé du recourant. Enfin, il y a lieu de relever qu'en raison de l'absence du lien de causalité naturelle applicable en matière d'assurance-accidents, la question des conséquences de la déchirure du ménisque interne du genou droit sur la capacité de travail du recourant n'a pas fait l'objet d'une appréciation par les Drs E_____ et F_____.

Partant, l'instruction médicalw du dossier du recourant est lacunaire en ce qui concerne ses troubles physiques.

b) S'agissant des troubles psychiques, il résulte du rapport non daté établi par le Dr H_____, psychiatre et psychothérapeute, que le recourant souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant réactionnel à l'accident de 2004, compliqué par un état dépressif de degré moyen avec symptôme somatique.

Quand bien même ces troubles psychiques ont été diagnostiqués postérieurement à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, soit le 22 septembre 2006, il n'en demeure pas moins qu'ils doivent être pris compte dans le cadre de la présente procédure. En effet, selon le Dr H_____, ces troubles sont apparus suite à

l'accident de 2004 et ont entraîné une incapacité de travail totale dans l'exercice de l'activité habituelle du recourant, laquelle est encore en cours. Ainsi, même si le début de l'incapacité de travail n'a pas été fixé précisément par le Dr H_____, il y a lieu de retenir qu'à la date de la décision litigieuse, le recourant présentait déjà une incapacité de travail en raison desdits troubles, selon son psychiatre.

Il convient par conséquent d'examiner si le trouble somatoforme douloureux engendre *in casu* une invalidité au sens de la loi.

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 353 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). Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

S'agissant de la question de savoir quelles investigations doivent être faites en matière de syndromes douloureux somatoformes, il convient de toujours clarifier préalablement la situation quant aux atteintes à la santé somatiques. Quand il s'agit de décider de la nécessité ou non d'une expertise psychiatrique, rhumatologique ou pluridisciplinaire, on doit, en premier lieu, tenir compte de la dimension temporelle: les douleurs, dans la mesure où l'assurance-invalidité s'y intéresse, sont toujours un processus, voire le résultat d'un développement sur une certaine période. Il s'agit également de prendre en compte les effets socio-pratiques des douleurs dont l'assuré se plaint. Ainsi, lorsqu'un jeune assuré a travaillé jusqu'à peu et que son entourage social est intact, on peut renoncer à des investigations psychiatriques quant à l'effet invalidant du syndrome douloureux, sous réserve qu'il n'y ait pas d'indices qui laissent penser à une comorbidité psychiatrique importante. On peut aussi renoncer à des investigations supplémentaires si du dossier ressortent des critères d'exclusion, par exemple des motifs, jouant un rôle décisif, exprimés par la personne assurée tombant sous le coup de la notion du gain tiré de la maladie secondaire (Prof. Ulrich MEYER, La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (notamment en matière de prestations d'invalidité), conférence IRAL du 9 juin 2006, pas encore publiée, chiffre 7).

10. En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'état de santé psychique du recourant n'a pas fait l'objet d'une expertise permettant de déterminer si le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par le Dr H_____ remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître un caractère invalidant. A cet égard, le rapport de ce spécialiste ne suffit pas pour répondre à la question décisive

qui se pose en présence d'un tel trouble psychique, soit celle de savoir si le recourant possède en lui suffisamment de ressources psychiques pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique. Ainsi, il n'est notamment pas possible de juger, en pleine connaissance, de l'existence ou de l'absence d'un éventuel conflit intra-psychique ou encore de la question du profit secondaire tiré de la maladie. Il y a lieu de relever par ailleurs qu'il ne peut être d'emblée exclu que le recourant présente un trouble psychique invalidant au sens de la jurisprudence, vu notamment la perte totale d'intégration sociale qu'il subit.

Par conséquent, dans la mesure où les atteintes à la santé somatiques présentées par le recourant n'ont pas été préalablement clarifiées, et dès lors que le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) est précisément caractérisé par l'absence de constatation médicale pouvant expliquer les plaintes et douleurs, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise multidisciplinaire effectuée par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et nouvelle décision. Dans le cas où le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme devait se confirmer, il incombera aux experts de fournir tous les éléments permettant de déterminer avec précision l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail du recourant à la lumière de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral des assurances en la matière (ATF 131 V 49; 130 V 325 et 396).

11. Le recours est par conséquent admis.

12. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé, le présent recours ayant été interjeté après l'entrée en vigueur, le 1er juillet 2006, de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. chiffre II des dispositions transitoires de la modification du 16 décembre 2005).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 22 septembre 2006.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

5. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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