RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/407/2004 **ATAS/759/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 7 septembre 2005

En la cause

Monsieur V_____, représenté par Maître Maurizio LOCCIOLA, en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après le recourant), ressortissant de la République fédérale de Yougoslavie, est né en 1965 au Kosovo où il a effectué l'école obligatoire et a travaillé pendant deux ans à la campagne. En 1987, il s'est établi en Suisse pour étudier, puis a travaillé en tant que saisonnier comme ouvrier agricole, puis aide-jardinier, avant d'exercer une activité de peintre en bâtiment dès la fin 1994.

2. Le 23 octobre 2000, en voulant descendre d'un échafaudage, il a glissé, puis a fait une chute d'une hauteur d'environ 2 mètres avant de se réceptionner sur le dos.

3. Le même jour, à la suite de douleurs à la colonne vertébrale, au bras gauche, au sternum et à la nuque, il a consulté la Dresse A_____ qui a constaté des douleurs à la percussion de la colonne vertébrale et une contracture de la musculature para-vertébrale des deux côtés, mais plus marquée à gauche. Les radiographies de la colonne vertébrale effectuées le même jour n'ont montré ni fracture, ni tassement ou glissement vertébral, mais des troubles statiques du rachis cervical, une discopathie modérée en L5-S1 et une sclérose de surcharge au niveau des articulations sacro-iliaques. La Dresse A_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur entorse et contusion de la colonne lombaire. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% et a prescrit le port d'une minerve.

4. Le recourant a annoncé son accident à la SUVA qui a pris en charge le traitement médical et l'incapacité de travail.

5. Le 8 janvier 2001, le médecin-traitant a fait état de maux de tête et de vertiges. Puis, le 7 février 2001, le Dr B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné le recourant et a constaté des signes d'aggravation de non organicité selon Waddell, une attitude figée, une démarche avec boiterie alternée inexplicable et une attitude pseudo-paralytique du bras gauche sans substrat organique.

6. Le recourant a séjourné pour évaluation du 20 au 28 février 2001 à la clinique romande de réadaptation. Lors du consilium psychiatrique du 23 février 2001, le Dr C_____ n'a mis en évidence aucun trouble formel de la pensée ni d'autre caractéristique psychotique associée. Il a constaté une thymie modérément triste en présence de plusieurs éléments d'une détresse psychologique et a posé un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un diagnostic différentiel de probable majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a admis tout au plus une incapacité de travail pour raisons psychiatriques de l'ordre de 20% à 30%. Dans leur rapport de sortie du 15 mars 2001, les médecins de la clinique romande de réadaptation ont admis une incapacité de travail de 25 % du 1er au 20 mars 2001 pour raisons psychiques et déconditionne-

ment physique. Ils ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 75% en tant qu'aide-peintre en bâtiment.

7. Le 1er mars 2001, le recourant a tenté une reprise du travail qui s'est soldée par un échec après quelques heures d'activité.

8. Du 6 février au 13 mars 2001, le recourant a été suivi par la consultation ambulatoire de rhumatologie de l'hôpital Beau-Séjour. Il s'est également plaint de douleurs permanentes dans les deux membres supérieurs, dans les deux fesses et à la face latérale des deux cuisses jusqu'aux chevilles, nettement plus marquées à gauche. Les Drs D_____ et E_____ ont diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies en voie de chronicisation et ont précisé n'avoir pas constaté de signes irritatifs ou déficitaires aux membres supérieurs et inférieurs. Ils ont mis en évidence la positivité de presque tous les points de fibromyalgie et fait état d'un tableau clinique évocateur de rachialgies dans un contexte de syndrome douloureux chronique en voie de constitution.

9. Après avoir réexaminé le recourant, dans son rapport du 26 avril 2001, le Dr B_____ a estimé que le statu quo sine était atteint eu égard à l'absence de lésions sur les radiographies, aux signes de non organicité tous présents, à l'absence d'évolution et au status. Par décision du 9 mai 2001, la SUVA a mis un terme à ses prestations dès le 1er juin 2001.

10. Afin d'exclure une atteinte radiculaire C8 et une atteinte tronculaire, le 18 juin 2001, le recourant s'est soumis à un électromyogramme qui a permis d'exclure une neuropathie cubitale gauche, un syndrome neurogène et une lésion radiculaire.

11. Le 30 octobre 2001, le recourant a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

12. Les 13 décembre 2001 et 14 janvier 2002, le recourant a consulté le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital cantonal. Dans leur rapport du 18 janvier 2002, les Drs F_____, G_____, H_____ et I_____ ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique et une suspicion d'état anxio-dépressif. Ils ont fait état de trois douleurs moyennes différentes, à savoir une douleur cervico-brachiale irradiant au niveau du crâne, associée à des vertiges et des paresthésies constantes dans les membres supérieurs droit et gauche, une douleur lombaire basse irradiant sous forme de picotements dans les fesses et les membres inférieurs, une douleur au niveau du sternum et du xiphoïde associée à des paresthésies.

13. Dans son rapport médical du 24 mars 2002 consécutif à la demande de rente d'invalidité, la Dresse A_____ a mentionné les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques post-traumatiques sur troubles statiques et dégénératifs ainsi que sur discopathie au niveau L5-S1, de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif

chronique en précisant que ces troubles existaient depuis le 23 octobre 2000. Une IRM lombaire pratiquée le 24 mai 2002 a montré une protrusion discale prononcée en L4-L5 et à moindre degré en L5-S1 ainsi qu'une sclérose au niveau des facettes articulaires postérieures.

14. Le 20 mai 2003, le recourant a été examiné par les Dresses J_____ et K_____ du service médical régional de l'AI (SMR Léman) auxquelles il a fait part de sa prise en charge psychiatrique par l'hôpital cantonal de Genève depuis janvier 2003. Les médecins du SMR Léman n'ont pas objectivé d'anxiété généralisée, ni de troubles phobiques, ni de symptômes de la ligne psychotique ou de la ligne dépressive, raison pour lesquelles, ils n'ont pas retenu de diagnostic psychiatrique. De plus, ils ont précisé n'avoir pas noté de perturbation de l'environnement psychosocial. Enfin, ils ont expliqué qu'en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, ils n'ont pas retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. En définitive, en l'absence de toute pathologie psychiatrique, ils ont estimé que la capacité de travail exigible était de 100 %.

15. Par décision du 6 novembre 2003, l'OCAI a estimé que le recourant ne souffrait d'aucune pathologie somatique ou psychique limitant la capacité de gain et a rejeté la demande de rente.

16. Le 27 novembre 2003, le recourant a formé opposition en invoquant la détérioration de son état général. Puis, le 16 décembre 2003, il a complété son opposition en précisant qu'il concluait à l'annulation de la décision et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité.

17. Par décision sur opposition du 2 février 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.

18. Dans son mémoire de recours du 2 mars 2004, le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 31 octobre 2001 sous suite de dépens. A l'appui de ses conclusions, il soutient qu'en raison de ses problèmes de santé tant physiques que psychiques, il n'est plus en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle.

19. Dans sa réponse du 5 avril 2004, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée, eu égard à l'absence de toute pathologie physique ou psychique invalidante. De plus, il relève que si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être retenu, les critères requis par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant de ce trouble ne sont pas réalisés.

20. Dans sa réplique du 19 mai 2004, le recourant conclut à titre préalable à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% avec effet au 31 octobre 2001. Il produit également un rapport médical du Dr L_____ du département de psychiatrie de l'hôpital cantonal daté du 26 avril 2004 qui retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant

(F45.4) ainsi que de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) et fait état d'une incapacité de travail de 50% d'un point de vue uniquement psychiatrique. Enfin, le recourant conteste l'absence d'une pathologie physique invalidante et relève que les médecins de la clinique romande de réadaptation ainsi que le Dr L_____ ont tous admis l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

21. L'intimé a soumis le rapport du Dr L_____ à son service médical. Dans leur avis médical du 8 juin 2004, les Dresses J_____, K_____ et Vincent ont constaté que l'anamnèse et le status du rapport du Dr L_____ étaient plus que laconiques. Elles ont également relevé que le psychiatre n'expliquait pas ses conclusions divergentes de celles du SRM Léman. Enfin, elles ont considéré qu'il avait procédé à une évaluation différente de la capacité de travail sur la base de critères identiques.

22. Le 25 juin 2004, le recourant a sollicité l'audition des Drs L_____ et A_____.

23. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de ces ceux médecins qui ont eu lieu le 18 août 2004.

24. Le Dr L_____ a indiqué qu'il soignait le recourant depuis le 15 octobre 2003 à raison d'une séance toutes les trois à quatre semaines. Il a déclaré avoir posé le diagnostic d'état dépressif moyen sur la base de l'échelle de Hamilton en précisant que le patient présente une humeur diminuée de longue date ainsi qu'une anxiété moyenne et que l'état dépressif s'est légèrement péjoré. Il a également expliqué avoir diagnostiqué en 2004 un syndrome douloureux somatoforme persistant sur la base des critères CIM 10 et avoir constaté parfois chez le patient un sentiment de détresse. Il a relevé un retrait social modéré du recourant. Enfin, il a exposé que son appréciation de la capacité de travail à 50% résultait du trouble de l'humeur.

25. La Dresse A_____ a précisé avoir posé le diagnostic de fibromyalgie parce que toutes les insertions musculo-tendineuses étaient douloureuses à la palpation et en raison des plaintes relatives à d'autres troubles tels que troubles du sommeil, angoisse, palpitations, maux de tête, étourdissements et douleurs abdominales. En outre, elle a déclaré que le rachis avait été déséquilibré par l'accident ce qui pourrait entraîner des dysfonctionnements et expliquer la persistance des douleurs.

26. L'intimé a soumis les procès-verbaux des auditions des Drs L_____ et A_____ a son service médical. Dans leur avis médical du 6 septembre 2004, les Drs K_____, J_____ et M_____ ont indiqué que la diminution de l'humeur n'avait pas été relevée dans les précédents examens spécialisés psychiatriques et qu'elle pourrait être une symptomatologie réactive d'accompagnement des douleurs chroniques. De plus, ils ont contesté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme estimant qu'il avait été posé sur la base des plaintes du patient et non pas sur l'examen clinique contrairement aux conditions

prévues dans la CIM-10. Quant au diagnostic de fibromyalgie, ils ont considéré qu'il n'avait pas été posé sur la base des critères retenus par l'American Rhumatologic Association. Enfin, ils ont contesté que le recourant présenterait un déséquilibre post-traumatique du rachis.

27. Dans son écriture du 10 septembre 2004, l'intimé confirme sa position et estime que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est superflue. Pour sa part, dans son écriture du 20 septembre 2004, le recourant conteste la valeur d'expertise du rapport du SMR Léman en raison de son aspect sommaire et de ses contradictions. En outre, il considère comme établi qu'il souffre d'un trouble somatoforme douloureux. Pour le surplus, il maintient sa position. Enfin, le 12 octobre 2004, le recourant a pris position sur l'avis médical du SMR Léman du 6 septembre 2004.

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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er novembre 2001, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. 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.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

6. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité dès le 1er novembre 2001.

7. A titre préalable, il y a lieu de constater que la décision sur opposition du 2 février 2004 est motivée de façon extrêmement sommaire. Selon l'art. 52 al. 2 LPGA, les décisions sur opposition doivent être motivées. En l'espèce, l'intimé ne pouvait pas se contenter de rejeter purement et simplement l'opposition sans discuter ni même mentionner les arguments exposés par le recourant. En effet, ce procédé ne satisfait pas aux exigences posées en la matière par la jurisprudence et viole le droit d'être entendu du recourant (ATF 124 V 180 consid. 2). Toutefois, dans la mesure où, par son recours devant la juridiction cantonale, le recourant peut faire examiner les objections qu'il avait formulées contre la décision de l'intimé, il convient de retenir que cette violation du droit d'être entendu est guérie, comme l'admet la jurisprudence, à titre exceptionnel (cf. ATF 124 V 180 consid. 4a).

8. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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).

   En l'espèce, les divers documents radiologiques ne permettent pas d'objectiver de séquelles physiques de l'accident du 23 octobre 2000, raison pour laquelle le droit à la rente d'invalidité sera exclusivement examiné au regard de l'affection psychique.

9. Selon la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux

persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. 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).

10. En l’espèce, trois psychiatres ont pris position sur les troubles présentés par le recourant.

Tout d'abord, le 23 février 2001, le Dr C_____, chef de clinique du service psychosomatique de la clinique romande de réadaptation, a posé un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) en raison de la nette discordance entre les douleurs chroniques invoquées et les observations cliniques ainsi qu'un diagnostic différentiel de probable majoration des plaintes psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0) dans un contexte de difficultés d'ordre psychosocial et relationnel mal verbalisées à ce jour. Il a relevé une attitude démonstrative ainsi que des plaintes multiples et mal systématisées sans trouble formel de la pensée ni autre caractéristique associée. Il a constaté une thymie modérément triste en présence de plusieurs élément d'une détresse psychologique. En revanche, il n'a pas constaté la présence des éléments caractéristiques d'un état dépressif significatif. Il a retenu une incapacité de travail tout au plus de 20 à 30% en relation avec l'affection psychique.

Puis, le 20 mai 2003, la Dresse J_____ du service médical régional AI a constaté une thymie euthymique et une attitude très démonstrative exagérant les douleurs somatiques. En revanche, son examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Elle n'a pas davantage noté de perturbation de l'environnement psychosocial. Elle n'a pas retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant en raison de l'absence d'un véritable sentiment de détresse et a conclu à un modèle de comportement invalidant élaboré et maintenu sous l'influence de facteurs sociaux, soit à l'absence de toute pathologie psychiatrique.

Le 26 avril 2004, le Dr L_____, chef de clinique adjoint du département de psychiatrie de l'hôpital cantonal, qui est le médecin-traitant du recourant depuis le 15 octobre 2003, a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) et a attesté une incapacité de travail de 50%. Lors de son audition du 18 août 2004, il a précisé avoir diagnostiqué un état dépressif récurrent moyen sur la base de l'échelle de Hamilton et en raison de la présence de troubles dépressifs depuis des années. Il a également fait état d'une humeur diminuée de longue date qui s'est péjorée en 2003, d'un ralentissement psychomoteur, d'une irritabilité et d'une anxiété moyenne. Il n'a mis en évidence ni éléments de la lignée psychotique, ni troubles phobiques, ni troubles de la personnalité. Il a précisé avoir diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant en 2004 sur la base des critères du CIM 10 et avoir constaté parfois chez le recourant la présence d'un sentiment de détresse. Il a précisé qu'il a évalué la capacité de travail à 50% en raison du trouble de l'humeur et que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être posé en théorie que si un trouble dépressif peut être exclu.

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 (art. 40

PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

a) En vertu de la dixième révision de la classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM 10), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) est posé en présence d'une douleur persistante (pendant au moins six mois en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient. En revanche, ce diagnostic ne peut pas être posé notamment en présence d'un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39).

b) En l'espèce, dans la mesure où le Dr L_____ retient un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en même temps qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1), son appréciation est contraire à la CIM 10 qui précise que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être posé en présence d'un trouble de l'humeur. En conséquence, son appréciation est erronée et ne revêt pas une valeur probante suffisante en raison des contradictions qu'elle contient, d'autant plus qu'elle émane du médecin-traitant du recourant, qui, d'expérience, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, émettra dans le doute un avis favorable à son patient (VSI 2/2001 109 consid. 3b/cc).

c) En définitive, le Dr C_____ a posé un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un diagnostic différentiel de probable majoration des plaintes psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0), alors que la Dresse J_____ n'a retenu aucune pathologie psychiatrique. Face à ces deux appréciations, il y a tout d'abord lieu d'examiner si elles remplissent toutes deux les critères formels permettant de leur attribuer une pleine valeur probante.

d) L'appréciation de la Dresse J_____ se base sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen du recourant et un entretien avec ce dernier ainsi que sur les plaintes qu'il a exprimées. Elle tient compte de l'appréciation du Dr C_____ et motive ses conclusions divergentes par l'absence d'un état de détresse. En conséquence, elle remplit les conditions formelles posées par la jurisprudence pour lui reconnaître une valeur probante. Le recourant soutient pour sa part que l'appréciation de la Dresse J_____ serait lacunaire sans toutefois étayer sa thèse autrement qu'en invoquant son caractère sommaire. L'appréciation de la Dresse J_____ fait l'objet d'un rapport de deux pages et demi abordant tous les points essentiels nécessaires à une prise de décision, de sorte qu'elle n'est nullement lacunaire, raison pour laquelle une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Quant à l'appréciation du Dr C_____, elle se base également sur l'anamnèse, un examen du recourant et un entretien avec ce dernier ainsi que sur les plaintes qu'il a exprimées. Ses conclusions sont motivées. En conséquence, elle remplit également toutes les conditions formelles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Ces deux appréciations ayant une pleine valeur probante, le Tribunal de céans dispose de tous les éléments médicaux nécessaires pour statuer sans qu'une expertise médicale ne doive être mise en œuvre.

e) Le Dr C_____, au contraire de la Dresse J_____, a constaté plusieurs éléments d'une détresse psychologique. Il y a donc une divergence d'appréciation entre ces deux médecins. Or, l'appréciation du Dr C_____ a été faite dans le cadre d'un consilium psychiatrique pendant un séjour de huit jours à la clinique romande de réadaptation du 20 au 28 février 2001, soit dans un cadre médical permettant une appréciation plus approfondie et plus pertinente que lors d'un simple examen ponctuel. En conséquence, le Tribunal de céans considère qu'il y a lieu de privilégier l'appréciation du Dr C_____ et de reconnaître que le recourant souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

11. Etant donné la présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. consid. 9), il reste à examiner la question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, notamment la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux en question. En regard de l'ensemble du dossier médical, le critère des affections corporelles chroniques peut être tenu pour établi. En revanche, il n'apparaît pas que le recourant subisse une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. De manière générale, il est admis en effet que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés tels que l'intimée doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. Meyer-Blaser, op. cit., p. 87) ; dans de tels cas, il convient d'admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur. En particulier, le recourant est en tout cas à même de travailler à 50% dans une activité adaptée. En tant qu'il bénéficie d'une médication anti-

dépressive et d'une psychothérapie mensuelle (procès-verbal d'audition du 18 août 2004), il n'y a pas lieu non plus de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé marquant une libération du processus de résolution du conflit, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En outre, aussi bien le Dr C_____ que la Dresse J_____ ont relevé une attitude démonstrative. De plus, le Dr C_____ a fait état de plaintes multiples et mal systématisées, alors que la Dresse J_____ a précisé n'avoir pas constaté de perturbation de l'environnement psychosocial. Ces divers éléments sont précisément ceux qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance (cf. consid. 9). En définitive, le recourant n'a aucun droit à une rente d'invalidité car le syndrome douloureux somatoforme persistant dont il souffre n'a pas de caractère invalidant.

12. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :

Philippe LE GRAND ROY

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