



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2035/2004

ATAS/264/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 20 mars 2006

En la cause

Monsieur C _____, représenté par la X _____ SA Madame _____
W _____ recourant

contre

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

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Doris
WANGELER, Juges**

EN FAIT

1. Le 26 août 1998, Monsieur C _____, né en 1960 et chauffeur aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), était arrêté à un feu rouge au volant d'un véhicule professionnel léger lorsque l'arrière de ce dernier a été heurté par le véhicule qui le suivait. Sous l'effet du choc, sa nuque a heurté l'appuie-tête et son véhicule a percuté l'arrière de la voiture qui le précédait.
2. Le lendemain, il a consulté la Dresse A _____, médecin assistante à l'hôpital cantonal. Dans son rapport du 11 septembre 1998, elle a constaté une hypoesthésie bilatérale thoracique avec niveau fluctuant et a diagnostiqué une contusion cervicale. Elle a prescrit le port d'une minerve et a attesté une incapacité entière de travail du 27 au 29 août 1998, en précisant que le traitement avait pris fin le 4 septembre 1998.
3. Le 31 août 1998, l'assuré a déclaré son accident à la Winterthur société suisse d'assurances (ci-après la Winterthur).
4. Dans son rapport du 12 septembre 1998, le Dr B _____ a fait état de douleurs importantes cervicales et lombaires. Il a diagnostiqué des contusions cervicales et lombaires avec incapacité entière de travail dès le 26 août 1998. Il a adressé le patient au Dr D _____, neurologue.
5. Le Dr D _____ a fait procéder, le 7 septembre 1998, à une image par résonance magnétique de la colonne cervicale qui a révélé une protrusion et une légère uncarthorse en C3-C4 ainsi qu'une protrusion postéro-médiane en C5-C6. Dans son rapport du 24 septembre 1998, il a constaté des cervicalgies sévères sans déficit neurologique et a posé le diagnostic d'entorse cervicale sévère.
6. En raison de la persistance de cervicalgies intenses et de l'apparition secondaire de lombalgies basses sans irradiation dans les membres inférieurs, l'assuré a séjourné à la division de rhumatologie des HUG du 8 au 23 octobre 1998 pour traitement conservateur avec physiothérapie active. Dans son rapport de sortie du 23 octobre 1998, le Dr a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques de type whiplash associées à des lombalgies à caractère mécanique. Il a prescrit un traitement de physiothérapie de douze séances avec mobilisation active des colonnes cervicale et lombaire ainsi que mobilisation en piscine.
7. Le 2 novembre 1998, le Dr G _____ de la division de rhumatologie des HUG a relevé que des cervicalgies intenses avec apparition de lombalgies basses persistaient cinq semaines après l'accident et qu'une chronicisation de la symptomatologie pouvait survenir, lors de cervicalgies post-traumatiques, dans un faible pourcentage de cas. La relation entre les cervicalgies et l'accident lui paraissait concordante.

8. Dans un rapport reçu par la Winterthur le 7 décembre 1998, le Dr B_____ a fait état d'une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et a envisagé une reprise du travail quatre semaines plus tard.
9. Sur demande de la Winterthur, le Dr S_____ a examiné l'assuré le 1^{er} décembre 1998. Dans son rapport du 11 janvier 1999, l'expert a diagnostiqué un traumatisme par extension de la colonne cervicale avec entorse cervicale bénigne ainsi que des cervico-lombalgies et des troubles de l'adaptation post-traumatique. Il a indiqué que devant une évolution tout à fait inhabituelle, avec une aggravation de la symptomatologie douloureuse malgré un traitement légers et, en l'absence de toute lésion traumatique osseuse ou ligamentaire, chez un patient qui paraît par ailleurs extrêmement angoissé et stressé, l'apparition de troubles psychiques, éventuellement sinistrosiques, ne paraissait pas exclue. Aussi l'évolution actuelle semblait ne plus être en rapport de causalité avec l'accident relativement bénin du 26 août 1998. Il a prescrit la poursuite d'un traitement de soutien et d'un traitement symptomatique antalgique et anti-inflammatoire.
10. Le 11 janvier 1999, l'assuré a été vu par le Dr R_____, spécialiste en médecine générale, médecine manuelle, lequel a constaté une contracture massive de la musculature para cervicale gauche.
11. Du 7 janvier au 16 février 1999, l'assuré a été traité, par le Dr L_____, spécialiste en médecine manuelle, qui a procédé à six séances de manipulations vertébrales.
12. Par décision du 26 février 1999, la Winterthur a mis un terme à ses prestations dès le 31 janvier 1999, en raison de l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et les séquelles. Puis, elle a reporté ce délai au 30 juin 1999.
13. Le 3 décembre 1999, l'assuré a présenté une demande de prestations AI en précisant que, depuis janvier 1999, il souffrait d'une fibromyalgie.
14. Dans un rapport du 9 mars 2000, le Dr E_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que, le 30 septembre 1999, il avait examiné l'assuré à la suite du développement progressif d'un état douloureux très diffus, de troubles du sommeil et d'un état anxieux. Il a relevé que le patient était toujours très algique et qu'à la suite du traitement de Surmontil, les troubles du sommeil s'étaient améliorés. Il a diagnostiqué une fibromyalgie avec incapacité entière de travail.

Puis, dans un rapport du 15 juillet 2001, le Dr E_____ a constaté un état de santé stationnaire et estimé que l'activité antérieure ni aucune autre n'était exigible. Il existait, selon le formulaire concernant les capacités professionnelles de l'AI, une incapacité pour toutes les fonctions sauf pour la position assise une à deux heures par jour, la position debout une à deux heures par jour, l'alternance des positions, le

fonctionnement intellectuel normal, se baisser, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente et le comportement acceptable pour l'entourage.

15. Le 8 octobre 2001, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après OCAI) a confié un mandat avec examen clinique à son service médical régional (ci-après SMR).
16. Dans un rapport du 26 novembre 2001, le Dr L_____ a constaté des dysfonctions massives des charnières sous-occipitale et lombo-sacrée. De plus, il a fait état d'un excellent résultat du traitement sur les cervicalgies, mais d'une persistance des lombalgies sans limitation fonctionnelle. Il a estimé que le patient avait recouvré une capacité de travail totale pour la conduite de véhicules légers.
17. L'assuré a été examiné le 26 mars 2002 par les Drs H_____, I_____, rhumatologue, et J_____, psychiatre, médecins du SMR Léman. Dans leur rapport du 11 avril 2002, ils ont indiqué que le patient effectuait une demi-heure de gymnastique au lever, puis s'occupait de ses enfants avant de les amener à l'école, faisait un peu de jardinage et se promenait environ une heure par beau temps. De plus, ils ont fait état de céphalées occipitales fréquentes irradiant depuis la colonne cervicale ainsi que d'une utilisation de Surmontil pour se détendre et pouvoir dormir.
L'assuré avait précisé qu'il avait dû abandonner de nombreuses activités de loisirs telles que la guitare, la percussion, la varappe, la planche à voile, la plongée et la pêche. Il se plaignait de douleurs très importantes, intolérables, dans la région lombo-fessière gauche irradiant dans le membre inférieur gauche jusqu'au niveau du talon, aggravées par le moindre effort, et d'une diminution de la libido. Les experts n'ont pas constaté de troubles du cours de la pensée ou de signes florides de la lignée psychotique, ni une thymie manifestement dépressive, ni une personnalité avec caractéristiques particulières. En revanche, ils ont relevé que le patient était anxieux pour son avenir. Lors de l'examen ostéo-articulaire, l'assuré se plaignait d'une diminution de sensibilité à l'aiguille dans tout le membre supérieur gauche et au niveau de la jambe gauche ainsi que de douleurs intolérables à la palpation même très superficielle dans la région sous-occipitale médiane et, surtout, dans la région de la fesse gauche.

Les médecins du SMR Léman ont posé le diagnostic de lombo-pygio-sciatalgies gauches chroniques persistantes et cervicalgies sans substrat anatomique clair ainsi que de trouble somatoforme douloureux (TSD). Ils ont considéré que l'examen clinique avait révélé des troubles banals de la statique vertébrale, une limitation modérée de la mobilité du rachis lombaire, des douleurs qualifiées d'intolérables à la palpation. Ils ont constaté l'absence de toute contracture musculaire. Ils ont conclu à une importante discordance entre les douleurs annoncées comme intolérables diurne et nocturne par rapport à leurs constatations objectives cliniques radiologiques et neuro-radiologiques tout à fait bénignes. En l'absence d'une

atteinte fonctionnelle objectivable du rachis et d'une pathologie neurologique, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle biomécaniquement soutenable et ont admis une capacité de travail exigible de 100%.

18. Par décision du 7 janvier 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.
19. Dans son rapport du 23 janvier 2003, le Dr E _____ a expliqué que la fibromyalgie est un état douloureux chronique pour lequel on ne dispose pas d'explication étiologique bien précise. Il a indiqué que ce syndrome était rangé dans la catégorie des états douloureux chroniques que l'on peut également appeler troubles somatoformes douloureux et que l'examen clinique ne mettait habituellement pas en évidence de limitation fonctionnelle objective, mais que certains points concernant des insertions tendineuses proches des articulations étaient extrêmement douloureux à la palpation. Il a relevé que l'expertise effectuée par le SMR Léman, le 26 mars 2002, ne comportait pas d'évaluation psychiatrique détaillée permettant de déterminer s'il existait ou non un état dépressif ou anxieux associé.
20. Lors d'un entretien téléphonique, le 31 janvier 2003, entre l'assuré et l'OCAI, ce dernier a indiqué que sa décision allait être annulée et remplacée par une nouvelle décision en raison de la mention de voies de droit erronées.
21. Le 1^{er} avril 2003, l'assuré a informé l'OCAI qu'il avait décidé de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) englobant les aspects physique et psychiatrique. Il lui demandait en conséquence de suspendre son processus de décision.
22. Le 8 août 2003, l'OCAI a notifié à l'assuré une nouvelle décision de refus.
23. Le 4 septembre 2003, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. A l'appui de son opposition, il affirmait souffrir d'un état dépressif et reprochait à l'OCAI d'avoir omis d'examiner dans quelle mesure cet état avait une influence sur son invalidité. De plus, il a demandé une suspension de la procédure jusqu'à l'établissement du rapport d'expertise.
24. Dans leur notice médicale du 14 juillet 2004, les médecins du SMR Léman ont précisé que, lors de leur examen, le tableau clinique présentait des douleurs ubiquitaires qui allaient au-delà de la symptomatologie et des constatations cliniques bien localisées typiques d'une fibromyalgie. Ils ont précisé que le diagnostic de trouble douloureux chronique sans substrat somatique correspondait mieux à la réalité et à l'examen clinique. Ils ont relevé que la vie sociale de l'assuré était préservée et qu'il n'y avait pas de signes d'isolement marqué, ni de surconsommation médicale. Enfin, ils ont constaté que le dossier de l'assuré ne contenait aucune indication médicale décrivant des troubles psychiques sévères et que, lors de l'examen par le Dr J _____, l'assuré n'était ni stressé, ni angoissé, de sorte que les critères nécessaires à un diagnostic de trouble dépressif majeur ou anxieux sévère étaient absents.

25. Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.
26. Par acte du 1^{er} octobre 2004, l'assuré a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales contre cette décision sur opposition. Il conclut, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à connaissance du rapport complet d'expertise du CHUV, subsidiairement, à l'ouverture d'enquêtes, en particulier l'audition du Dr E _____ ainsi que la mise sur pied d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvel examen approfondi du droit aux prestations à la lumière de l'expertise. Il soutient que l'appréciation de l'intimé relative à l'absence de comorbidité psychiatrique est erronée, car contraire aux rapports des médecins consultés.
27. Dans sa réponse du 28 octobre 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours et s'est interrogé sur l'utilité d'une audition du Dr E _____. Par ailleurs, il s'est opposé à la suspension de la procédure dans l'attente du rapport de contre-expertise considérant qu'il n'y avait aucun indice en faveur d'une pathologie psychiatrique. Enfin, en raison de l'absence de prise d'antalgiques, il a mis en doute la véracité des douleurs intolérables alléguées par le recourant.
28. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution des parties qui a eu lieu le 22 novembre 2004. Lors de cette audience, l'intimé a accepté d'attendre le rapport d'expertise du CHUV et de se prononcer à son sujet. Pour sa part, le recourant s'est plaint que, dans le cadre de l'expertise du SMR, il n'avait pas eu d'entretien spécifique avec le psychiatre et que les médecins ne connaissaient pas son cas. De plus, il a précisé que son état s'était aggravé depuis l'expertise du SMR. Son quotidien était un enfer. Il avait des difficultés financières importantes et des ennuis familiaux, notamment avec son beau-père qu'il ne voyait plus. Parfois, il n'arrivait même pas à accompagner ses enfants à l'école ou à jouer avec eux. Il avait perdu la plupart de ses amis. Il ne pouvait plus rien faire. Il était pris dans un cercle vicieux. Avant il était une personne très active, il avait une belle vie. Il luttait au quotidien depuis six ans. Il avait l'impression d'être un fardeau pour sa famille. Il a ajouté qu'il prenait des anti-dépresseurs et, seulement en cas de grosses crises, des antalgiques qui avaient des effets secondaires importants. Enfin, il a contesté le rapport du Dr L _____ dès lors qu'il n'avait vu ce médecin que deux fois et qu'il avait eu plus mal après son intervention qu'avant.
29. Le Tribunal de céans a également ordonné l'audition des Drs H _____ et J _____ qui a lieu le 20 décembre 2004. Le Dr J _____ a précisé que, dans le cadre du rapport du SMR, il avait rédigé l'anamnèse familiale, psycho-sociale, le status psychique et une partie de l'appréciation consensuelle du cas. Il a exposé que l'entretien avec le recourant avait duré trois quarts d'heure et qu'il ne l'avait pas trouvé très angoissé. Le recourant a contesté les déclarations du Dr J _____ en précisant qu'il avait eu un entretien avec les trois médecins pendant quinze minutes, y compris cinq minutes durant lesquelles il avait répondu aux questions du

Dr J_____. Ce dernier a contesté cette version, puis le recourant a confirmé sa thèse. Le Dr J_____ a expliqué que l'entretien psychiatrique dure de trois quarts d'heure à une heure et que, sur la base de cet entretien, lequel avait duré trois-quarts d'heure, il avait pu écarter tout état dépressif. Il a rapporté que le recourant avait manifesté de l'anxiété par rapport à sa situation économique et à son état de santé. En revanche, il a indiqué qu'il n'avait pas perçu de détresse et qu'il n'avait pas été particulièrement touché par ses souffrances. Il a ajouté que le recourant ne vivait pas entièrement retiré chez lui ni alité la plupart du temps comme certaines personnes souffrant de troubles somatoformes. Il estimait que les critères de Mosimann pouvaient être déduits du rapport rédigé à l'époque (pas de réelle perte d'intégration sociale, traitement de la douleur insuffisant et médicaments visant à régler un trouble du sommeil).

La Dresse H_____ a relevé que l'examen psychiatrique avait dû durer environ quarante-cinq minutes, comme cela était la norme mais elle ne se rappelait pas de la durée de l'examen médical. L'examen étant très ancien, les critères cités par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) en matière de TSD n'avaient pas été examinés. Dans le cas de l'assuré le fait de ne pas travailler ne diminuait pas les douleurs alors "pourquoi ne devrait-il pas travailler ?".

Le recourant a précisé qu'il n'avait eu qu'un entretien de quarante-cinq minutes avec la Dresse H_____ et le Dr J_____ était uniquement passé à la fin de l'entretien pour lui poser deux questions.

30. Le 25 février 2005, le Dr K_____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, a rendu son rapport d'expertise. Il se fondait sur l'ensemble des rapports médicaux pertinents ainsi que sur trois examens complémentaires (orthopédique, neurologique et consultation d'antalgie) et un rapport psychiatrique du Pr. Jacques U_____ du département de psychiatrie adulte de l'Etat de Vaud. Les diagnostics étaient les suivants :

- Pan-rachialgies cervico-dorso-lombaires, chroniques non spécifiques persistantes, status après mécanisme d'accélération/décélération cervicale le 29 août 1998 (WAD, stade III).
- Troubles statiques et modérément dégénératifs cervicaux.
- Déconditionnement physique global et focal.
- Possible ancienne hypermobilité articulaire généralisée.
- Episode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique.
- Fibromyalgie.
- Suspicion anamnétique de syndrome d'apnée du sommeil.

Suite à l'accident, la douleur ressentie s'était étendue et se présentait actuellement sous forme d'un tableau de rachialgies, dans un contexte plus large de fibromyalgie. La façon dont l'assuré avait vécu les suites de son accident avait augmenté les

réactions de détresse psychologique caractérisant ce type d'évolution. Il s'agissait d'un tableau mixte psychologique et somatique, au départ dominé par les déficiences fonctionnelles et plus modérément structurelles, qui, actuellement, avaient fait place à une dominante principalement psychologique, dans un contexte de perte complète de la condition physique, aussi bien en terme de mobilité et de force que de coordination et d'harmonie du mouvement. Ces différents éléments, sous l'empire de la problématique psychiatrique, entraînaient des surmenages articulaires constants chez un patient, par ailleurs, porteur d'une hypermobilité articulaire dont on connaissait l'élément de co-facteur de risque d'atteinte squelettique.

Si l'on s'exprimait alors selon le concept actuel de la CIF, [International classification of fonction, disability and health] force est d'admettre que les trois niveaux de celle-ci sont perturbés, en commençant par les déficiences, qui modulent négativement les activités pour aboutir à une perte de participation. Dans ce contexte, l'hypermobilité articulaire et le déconditionnement physique, représentent des éléments objectifs et vérifiables, concordants avec ses limitations. De surcroît, les données actuelles de la littérature médicale sur les douleurs chroniques s'appliquaient au cas de l'assuré, en termes de phénomènes de sensibilisation des systèmes nerveux central et périphérique. Enfin, l'observation psychiatrique mettait en évidence les conséquences ultimes de ce qui précédait, à savoir des modifications importantes de la sphère psycho-affective et émotionnelle, dans le sens d'un état dépressif important et secondaire à la persistance objectivement fondée de ses douleurs.

Au total, compte tenu des éléments somatiques et psychologiques, il était certain que, dans n'importe quelle activité, actuellement, l'assuré était incapable de travailler.

Le lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident était vraisemblable.

Le diagnostic de fibromyalgie était basé sur l'observation clinique et l'anamnèse. Il correspondait aux critères habituellement reconnus pour ce type de pathologie même si ces critères étaient controversés. En ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux, il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion, qui permettait de parler de lésions douloureuses sans substrat anatomique structurel. Chez l'assuré, ce substrat anatomique structurel existait même s'il était modéré. C'étaient les conséquences fonctionnelles de l'ensemble qui déterminaient l'incapacité de travail. Existait-il un ou des traitements permettant à cet assuré de recouvrer sa capacité de travail ? Sur le plan théorique, une prise en charge psychiatrique visant à moduler son humeur dans le sens d'une amélioration, à côté de la reconnaissance de sa souffrance devrait lui permettre de mieux tolérer sa situation. Celle-ci, dans un premier temps, devrait voir une amélioration de sa qualité de vie avant d'imaginer l'amélioration de sa capacité de travail.

Il ressortait des examens complémentaires effectués les constatations suivantes : sur le plan orthopédique, le Dr M _____ de l'hôpital orthopédique de la Suisse Romande a précisé que l'accident avait été à même de déséquilibrer quelques lésions dégénératives infra-radiologiques, dans un contexte particulier, et que l'incapacité de travail était justifiée chez un patient qui n'avait rien d'un simulateur. Sur le plan neurologique, le Prof. N _____ a relevé que l'examen était incomplet, car le patient n'avait pas pu tolérer l'EMG. Sur le plan antalgique, les Drs O _____ et Q _____ ont constaté une musculature d'aspect généralement hypotrophique, des signes importants de dystonie neuro-végétative lors de l'examen debout accompagnés de contractures musculaires multiples. Le diagnostic de Whiplash stade II (cervicalgies avec traduction clinique musculaire selon la classification de Sptizer de 1995). Cet état correspondait probablement à un état d'hypersensibilité médullaire qui pourrait expliquer la lombalgie, ainsi qu'un état d'hypersensibilité centrale, expliquant l'ensemble du tableau.

31. Par courrier du 10 mars 2005, le recourant a versé à la procédure le rapport d'expertise du Dr T _____ et a complété son recours. Il a soutenu qu'il présentait une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif important et que le cumul des autres critères pertinents en matière de trouble somatoforme douloureux était rempli, à savoir l'existence d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'absence de résultats concluants des divers traitements entrepris. Enfin, à la suite de l'audition des Drs H _____ et J _____, il a invoqué la partialité de l'expertise effectuée par le SMR, sa superficialité et souligné que la Dresse H _____ avait admis qu'en 2002, l'examen des critères exigés par le TFA en présence de troubles somatoformes douloureux n'était pas réalisé.
32. Le 14 mars 2005, le Tribunal de céans a requis du recourant la transmission du rapport du Prof. U _____.
33. Le recourant a transmis ledit rapport par courrier du 12 avril 2005 et a observé que les divers critères pour admettre l'effet invalidant du trouble somatoforme douloureux étaient remplis.

Le Prof. U _____ a rendu une expertise psychiatrique le 8 février 2005 fondée notamment sur un entretien avec le patient du 10 novembre 2004. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expert souligne que l'assuré répond à toutes ses questions sans aucune réticence et à aucun moment il n'a le sentiment que l'assuré lui cache des éléments ou tente d'exagérer sa détresse. Sa situation touche l'observateur même si celui-ci se sent souvent impuissant à pouvoir aider l'assuré. Les symptômes qui dominant sont de la lignée dépressive avec une forte réduction de l'activité (il passe ses journées à la maison sans ou quasiment sans activité), un abaissement de l'humeur (pleure souvent, a des

épisodes de fortes anxiétés), une diminution de l'estime de soi ("j'ai un comportement insupportable") et une perte de confiance en soi ("je n'arrive plus à gérer tout ça", "j'ai l'impression que j'attire la poisse", il pense que les autres estiment que tout ça est de sa faute), une attitude pessimiste quant à l'avenir ("je me sens dans une impasse", "je ne vois plus la sortie"), des troubles du sommeil (actuellement améliorés par des somnifères), une baisse modérée de l'appétit (nous dit avoir perdu six kilos), une augmentation de son irritabilité (ne supporte plus les bruits que font ses enfants), une diminution marquée de sa libido et une grande diminution des rapports sociaux.

Depuis son accident d'août 1998, la vie de M. C _____ semble s'être modifiée du tout au tout. D'une "vie parfaite" (selon l'expression de M. C _____) où tout "baignait dans l'huile" (idem), avec un travail régulier qui lui convenait, beaucoup de copains et de nombreuses activités sportives, M. C _____ se retrouve sept ans plus tard passant ses journées à son domicile sans travail, à se plaindre de fortes douleurs lancinantes; avec des difficultés de couple et ayant perdu la plupart de ses amis et ses économies. Il se sent actuellement dépassé par tout ce qui lui arrive, impuissant et abandonné, avec encore une légère envie de s'en sortir. Les symptômes dépressifs sont très nets et d'intensité moyenne à sévère. Quant aux douleurs de l'expertisé, à aucun moment elles ne lui ont paru être exagérées de façon consciente ou volontaire.

Ainsi au vu de la chronification des symptômes douloureux, de la comorbidité dépressive, de la perte d'intégration sociale, des échecs des essais de prises en charge thérapeutiques il ne pouvait qu'être pessimiste sur l'évolution des capacités de travail de M. C _____ qui sont actuellement nulles. Au vu de l'importance des symptômes dépressifs, il avait vivement conseillé à M. C _____ d'entreprendre un traitement psychiatrique *lege artis*, conseil que ce dernier a semble-t-il pu écouter. Même s'il ne faut pas attendre de changements spectaculaires rapides en particulier sur la capacité de travail, on peut espérer une meilleure acceptation de sa situation.

34. Dans sa détermination du 10 mai 2005, l'intimé s'est référé à trois prises de position du SMR des 6, 21 et 25 avril 2005.

a) Dans son rapport du 6 avril 2005, le Dr I _____, a contesté le diagnostic de fibromyalgie en soutenant que l'étude critique de la littérature médicale avait mis en doute la valeur diagnostique spécifique des soi-disant points de fibromyalgie. De plus, il a précisé que la fibromyalgie est apparentée au trouble somatoforme douloureux, voire est identique dans le fond. Il a considéré que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux tenait mieux compte de l'aspect inexplicé des plaintes douloureuses alléguées. Par ailleurs, après avoir relevé le caractère incomplet de l'examen clinique effectué par le Dr K _____, il a estimé que

l'expertise de ce dernier n'apportait pas d'argument clinique ou paraclinique clairement divergent des constatations qu'il avait faites lors de son examen médical.

b) Pour leur part, dans leur rapport du 21 avril 2005, sans être en possession de l'expertise complète du Prof. U _____, les Drs V _____ et H _____, ont contesté l'existence d'une comorbidité psychiatrique, compte tenu des constatations faites par le Pr. J _____ lors de l'audience du 20 décembre 2004 lequel n'avait constaté aucune thymie dépressive étant donné l'absence de tristesse exprimée, d'asthénie ou de fatigabilité, de trouble de l'attention ou de la concentration, de troubles mnésiques (sous réserve des souvenirs tronqués de l'examen du SMR), d'anhédonie ou d'aboulie, de retrait social. La vigueur des propos de l'assuré au cours de l'audience contredisait l'existence d'une comorbidité psychiatrique. De plus, l'intimé a relevé que l'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, ne constituait pas une comorbidité psychiatrique et que le recourant ne présentait pas les autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Enfin, il a contesté le grief de partialité des médecins du SMR en relevant que le recourant n'avait jamais invoqué cet argument avant l'audience de comparution personnelle.

c) Le 25 avril 2005, les Desses V _____ et H _____ se sont prononcés sur l'expertise du Prof. U _____. Elles relèvent que celui-ci ne cite pas l'examen SMR du 26 mars 2002, la brièveté de l'anamnèse familiale et personnelle de l'assuré, l'absence d'investigation quant à la nature des conflits conjugaux ou familiaux, l'absence de détails quant à la désinsertion sociale importante, l'absence de la description clinique d'un abaissement de la thymie constatée lors de l'investigation. Cette expertise ne modifiait pas leur précédente appréciation.

35. Le 23 mai 2005, le Tribunal de céans a demandé au Prof. U _____ de se prononcer sur les divers critères permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.

36. Dans son rapport du 5 juillet 2005, le Prof. U _____ a indiqué que l'épisode dépressif moyen à sévère et le syndrome douloureux somatoforme persistant formaient clairement des entités pathologiques différentes même si elles avaient le même facteur déclenchant à savoir l'accident d'août 1998, lequel avait eu ces deux atteintes comme conséquence. L'épisode dépressif s'était développé suite à l'accident et maintenu, probablement favorisé par le trouble somatoforme douloureux mais sans lui être exclusivement lié.

L'état dépressif moyen à sévère avait clairement valeur de maladie et devait être reconnu comme une comorbidité autonome du TSD. Il existait des affections corporelles chroniques décrites par le Dr K _____, lesquelles, avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère formaient un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable.

Le Prof. U _____ poursuit en ces termes :

"Clairement, M. C _____ subit une perte d'intégration sociale que nous décrivons ainsi dans notre rapport du 8 février 2005 "de plus, d'après M. C _____, ces éléments ont eu pour conséquence un bouleversement complet de sa vie, avec un arrêt de ses activités professionnelles, une désinsertion sociale importante et des difficultés familiales considérables (conflit avec sa femme et ses beaux-parents). Il décrit également un changement complet de son caractère. D'un homme heureux en famille, appréciant son travail, ayant des activités sportives et beaucoup d'amis il serait devenu un homme malheureux dans son couple, ayant perdu son travail, ses amis et ses économies, n'arrivant plus à faire face à la situation, malgré des efforts qu'il nous dit essayer de faire pour essayer de s'en sortir" (page 2). Et plus loin nous notons encore qu'il a subi "une grande diminution des rapports sociaux" (page 3). Et encore plus loin "M. C _____ se retrouve seul sept ans plus tard, passant ses journées à son domicile, sans travail, à se plaindre de fortes douleurs lancinantes; avec des difficultés de couple ayant perdu la plupart de ses amis et de ses économies" (page 4).

Depuis plusieurs années l'état psychique de M. C _____ s'est cristallisé et malgré de nombreux essais de prise en charge thérapeutique de ses douleurs sa situation ne s'est pas améliorée mais elle s'est plutôt progressivement aggravée en se chronifiant et en l'isolant. Quant au traitement de l'état dépressif, nous pouvons estimer que M. C _____ pourrait encore probablement profiter d'un traitement *lege artis* qu'il a, semble-t-il, commencé à entreprendre depuis quelques mois suite à nos conseils.

De nombreux traitements avaient été tentés en vain. Nous pouvons considérer qu'il existe encore chez M. C _____ une envie de s'en sortir mais au vu de l'intensité de son état dépressif et en raison même de cet état dépressif il a, comme nous l'avions indiqué dans notre rapport annexé, une forte diminution de son estime, une perte de confiance en soi, une attitude pessimiste quant à l'avenir et une forte réduction de son activité qui rendent actuellement toute tentative de surmonter ses difficultés très problématiques. En résumé, actuellement, M. C _____ ne dispose pas de ressources nécessaires à surmonter ses douleurs et à exercer une activité lucrative".

37. Le 17 août 2005, l'intimé s'est déterminé sur le rapport du Prof. U _____. Il a soutenu que ledit rapport ne pouvait pas être considéré comme une expertise judiciaire, car l'expert s'était initialement prononcé dans le cadre d'une expertise privée. De plus, il a relevé une contradiction dans les explications de l'expert, en tant que ce dernier a précisé que l'accident avait entraîné le trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif dont la persistance avait probablement été favorisée par le trouble somatoforme. Enfin, il a contesté l'aptitude de l'expert psychiatre à se prononcer sur la question des affections corporelles chroniques.

38. Par écriture du 29 août 2005, le recourant a relevé que le Prof. U _____ avait tenu compte des critères jurisprudentiels dans son appréciation, au contraire du SMR, de sorte que son rapport primait celui des médecins de l'intimé. Il a également relevé qu'en se prononçant sur la problématique des affections chroniques corporelles, l'expert n'avait fait que répondre aux injonctions du Tribunal de céans.
39. Le 19 octobre 2005, le Tribunal de céans a demandé au recourant de lui indiquer s'il avait commencé un traitement psychiatrique et, si oui, auprès de quel spécialiste et quel traitement.
40. Le 2 novembre 2005, le recourant a répondu qu'il suivait un traitement chez le Dr W _____, psychiatre et psychothérapeute, depuis le 16 décembre 2004, et que ce spécialiste lui avait prescrit du Treptizol 25 à raison de 75 mg par jour, dose qui a été réduite à 25 mg par jour depuis environ deux mois.
41. Le 14 novembre 2005, le Tribunal de céans a demandé au Dr W _____ de préciser les constatations qu'il avait faites, le diagnostic qu'il avait posé, le traitement qu'il avait prescrit et de décrire l'évolution depuis le début du traitement.
42. Dans son rapport du 25 novembre 2005, le Dr W _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de dépression majeure au décours. Il a indiqué que le traitement consistait en entretiens et prescription d'anti-dépresseurs (Citalopram 20 mg par jour). Il a précisé que les douleurs étaient stables et que l'évolution était favorable quant à l'humeur avec une diminution de l'irritabilité et une plus grande distance par rapports aux difficultés. Il a ajouté que le traitement était correctement suivi. Enfin, il a émis un pronostic lentement favorable pour l'humeur et ne s'est pas prononcé pour le trouble douloureux en raison de la fréquente chronicité de ce trouble.
43. A la demande du Tribunal de céans, le Prof. U _____ a précisé le 9 mars 2006 qu'il estimait que l'état dépressif moyen à sévère s'était développé rapidement dans les semaines qui avaient suivi l'accident d'août 1998 et que, par contre, les éléments signifiant la chronicisation de cet état dépressif (perte d'intégrité sociale, état psychique cristallisé, absence de ressources nécessaires à surmonter ses douleurs et exercer une activité lucrative) s'étaient développés progressivement durant les mois suivants l'accident précité.

Ce document a été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 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).

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.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité.
6. 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.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, 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 suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à 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).

7. 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).

Le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193, VSI 6 /1997 314 consid. 3d).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1).

Au sujet 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 351 consid. 3b/bb et cc).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; ATFA du 19 août 2005, I 510/04, consid. 2.1). 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).
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 malade 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. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les

critères juridiques déterminants, énumérés au consid. 9 ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

11. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'une entorse cervicale lors d'un accident de voiture le 26 août 1998, sa tête heurtant l'appuie-tête. Il a souffert de sévères cervicalgies, puis, en octobre 1998, des lombalgies basses sont apparues sans irradiation. En novembre 1998, le médecin-traitant a constaté une nette amélioration de la symptomatologie et a prévu une reprise du travail quatre semaines plus tard.

b) Dans son rapport d'expertise du 11 janvier 1999, le Dr S_____ a fait état d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse aux colonnes cervicale et lombaire. Il a également suspecté des troubles psychiques éventuellement sinistrotiques et des troubles de l'adaptation. Il a conclu à l'absence d'incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 1999. A mi-février 1999, le Dr L_____ a constaté la persistance de lombalgies mais sans limitation fonctionnelle ni incapacité de travail. Par la suite, l'assuré a développé progressivement un état douloureux très diffus, des troubles du sommeil et un état anxieux. A la fin septembre 1999, le Dr E_____ a diagnostiqué une fibromyalgie avec incapacité entière de travail. En mars 2002, les médecins du SMR Léman ont posé un diagnostic de lombo-pygiosciatalgies gauches chroniques persistantes, de cervicalgies sans substrat anatomique clair et de troubles somatoformes douloureux. Ils n'ont pas objectivé une atteinte fonctionnelle du rachis, ni une pathologie neurologique. Sur le plan psychique, ils n'ont constaté ni troubles de la lignée psychotique, ni thymie manifestement dépressive, ni troubles de la personnalité. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible totale. Enfin, dans son rapport du 25 février 2005, l'expertise pluridisciplinaire du CHUV a diagnostiqué des pan-rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques non spécifiques persistantes, des troubles statiques cervicaux modérément dégénératifs, un déconditionnement physique global et focal, un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique et une fibromyalgie. La capacité de travail du patient était nulle dans toute activité.

c) De ces divers rapports médicaux, il ressort que les médecins qui se sont prononcés au sujet de la capacité résiduelle de travail du recourant après le développement progressif de l'état douloureux ont des appréciations différentes. Les experts considèrent qu'elle est de 0%, alors que les médecins du SMR Léman l'apprécient pour leur part à 100% estimant que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant. Les conclusions des médecins sont donc contradictoires.

12. Préalablement, s'agissant de la controverse liée au diagnostic de fibromyalgie (Dr E_____ et expertise du CHUV) versus trouble somatoforme douloureux (SMR Léman), il y lieu de relever que le Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in : Revue

médicale de la Suisse romande 2001, p. 443 ss, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, op. cit., p. 64 n. 93; ATFA du 24 août 2005, I 752/04).

Il n'est ainsi pas nécessaire de déterminer lequel de ces diagnostics s'applique au cas du recourant. Il suffit de constater que celui-ci souffre, selon l'avis unanime des médecins consultés, d'un TSD.

13. a) S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, le Tribunal de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire du CHUV répond en tous points aux exigences jurisprudentielles pour que lui soit reconnue une telle valeur. En effet, les points litigieux y ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, basée sur des examens complets et pluridisciplinaires. Pour le surplus, le rapport prend en considération les plaintes de l'intimé; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En définitive, sur la base du rapport d'expertise du CHUV, il faut admettre que l'affection physique et l'affection psychique interagissent pour provoquer une incapacité de travail totale.

Le fait que cette expertise ne soit pas judiciaire mais présentée par le recourant n'est pas de nature à lui dénier sa force probante (cf. Supra consid. 7). Par ailleurs, comme l'a rappelé récemment le TFA, en procédure administrative le simple fait qu'un expert opère pour la partie adverse ne suffit pas à lui imputer un manque d'objectivité (RSAS 2005 p. 178; arrêt du 13 décembre 2005, I 501/04). A cet égard, l'intimé avait d'ailleurs admis lors de l'audience du 22 novembre 2004 que ce rapport fût versé au dossier.

b) Au demeurant, l'expertise pluridisciplinaire du CHUV est propre à mettre en doute l'opinion et les conclusions psychiatriques des médecins du SMR Léman. En effet, cette expertise, complétée le 5 juillet 2005 par le rapport médical du Prof. U_____ répondant aux questions posées par le Tribunal de céans, comprend l'examen complet du TSD, en particulier, l'examen des critères fixés par la jurisprudence du TFA pour déterminer si un TSD est ou non invalidant, ce que les médecins du SMR n'ont pas effectué (cf. déclaration de la Dresse H_____ du 20 décembre 2004). Par ailleurs, l'expertise du CHUV comprend des examens complémentaires supplémentaires - examen neurologique et consultation de la douleur - ce dernier examen ayant pu conclure à l'aspect authentique et invalidant de la symptomatologie.

S'agissant en particulier de l'expertise psychiatrique, aucun indice ne permet au Tribunal de douter des compétences du Prof. U_____ lorsqu'il diagnostique dans son rapport du 8 février 2005 un état dépressif moyen à sévère sans symptôme psychiatrique et un TSD. A cet égard, le fait - relevé par l'OCAI - que le Prof. U_____ se réfère principalement à la description donnée par le recourant de sa

situation n'est pas déterminant. Dans son rapport complémentaire du 5 juillet 2005, le Prof. U _____ relève d'ailleurs qu'il a constaté lui-même que le recourant présente une forte diminution de son estime, une perte de confiance en soi, une attitude persistante quant à l'avenir et une forte réduction de son activité. Par ailleurs, le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère est encore confirmé par le Dr W _____ le 25 novembre 2005 dès lors que celui-ci - qui suit le recourant depuis décembre 2004 - diagnostique une dépression majeure au décours.

c) Au demeurant, les griefs émis à l'encontre du rapport du SMR par le recourant, n'ont pas pu être entièrement écartés nonobstant l'audition des médecins concernés par le Tribunal de céans (comme celui lié à la durée de l'examen et à la manière dont il a été mené), ce qui laisse subsister un doute quant à la valeur probante du rapport médical en cause.

d) Enfin, il y a lieu de ne pas retenir les "constatations médicales" faites par le Dr J _____ (rapport SMR Léman du 21 avril 2005) à la suite de l'audience du Tribunal de céans du 20 décembre 2004, dès lors qu'elles l'ont été non pas au cours d'un examen médical mais lors d'une confrontation entre le recourant et les médecins du SMR, lesquels ont été mis en cause par le recourant dans le cadre de la présente procédure.

En effet, s'agissant de la relation expert-assuré, la doctrine considère que l'expert se doit de témoigner son intérêt de médecin pour le problème de la personne à examiner - sans pour autant se départir de la distance nécessaire - qu'il consacre suffisamment de temps à l'examen et qu'il prouve son indépendance par la neutralité de son comportement (J. MEINE, L'expert et l'expertise - critère de validité de l'expertise médicale in "l'expertise médicale", 2002, p. 16). Plus particulièrement dans le domaine de l'expertise psychiatrique, la question de l'attitude est importante. Un auteur recommande une attitude "verstehend-empatisch" sans que l'expert ne se transforme pour autant en adjuvant de l'expertisé (F. PAYCHERE, le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension in "L'expertise médicale", 2002, p. 142). Le Tribunal de céans a également souligné l'importance de l'obligation de l'expert d'aborder avec l'assuré ses résistances de façon neutre affectivement pour observer le processus de ses difficultés mentales (ATAS 16/2006 du 10 janvier 2006). Or, en l'espèce, ces conditions n'étaient manifestement pas remplies lors de l'observation du recourant, faite par le Dr J _____ au cours de l'audience du Tribunal précitée et ayant donné lieu à des conclusions médicales reprises dans le rapport du SMR du 21 avril 2005.

14. a) L'expertise du CHUV conclut à l'existence d'un tableau mixte somatique et psychologique. Elle relève toutefois que les déficiences fonctionnelles et structurelles ont fait place actuellement à une dominante principalement psychologique. Il y a ainsi lieu d'examiner si la fibromyalgie (ou TSD) associée à l'état dépressif moyen à sévère entraîne, selon les critères jurisprudentiels précités,

une limitation de la capacité de travail du recourant pouvant conduire à une invalidité.

b) Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATFA du 30 novembre 2004, I 630/03, consid. 3.3.4; ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135).

Interpellé par le Tribunal de céans à ce sujet, le Prof. U_____ a répondu, le 5 juillet 2005, que l'épisode dépressif moyen à sévère et le syndrome douloureux somatoforme persistent forment clairement des entités pathologiques différentes, même si elles ont le même facteur déclenchant, à savoir l'accident d'août 1998. Il a précisé que l'épisode dépressif s'était développé de façon progressive suite à l'accident d'août 1998 et s'était maintenu depuis lors, probablement favorisé par le trouble somatoforme douloureux sans lui être exclusivement lié. Il a également indiqué qu'au vu de l'intensité de son état dépressif et en raison même de celui-ci, le recourant a une forte diminution de son estime, une perte de confiance en soi, une attitude pessimiste quant à l'avenir et une forte réduction de son activité qui rendent très problématiques toute tentative de surmonter ses difficultés. Enfin, il a ajouté que le recourant ne dispose pas des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs et exercer une activité lucrative. En définitive, l'expert considère que les critères de la classification internationale (F.32.2) permettant de diagnostiquer un trouble dépressif moyen à sévère sont réalisés. De plus, il conclut à une manifestation autonome du trouble somatoforme douloureux et de l'état dépressif d'une acuité et d'une durée importantes.

Selon l'intimé, l'appréciation du Prof. U_____ serait contradictoire en tant qu'il prétend en même temps que l'état dépressif est autonome du trouble somatoforme douloureux et que sa persistance a été influencée par le trouble somatoforme douloureux. Cet argument n'est pas pertinent, car on ne voit pas quelle contradiction il y a à admettre que l'état dépressif et le trouble somatoforme douloureux sont des affections autonomes qui se sont manifestées indépendamment l'une de l'autre et que, par la suite, il y a une certaine interdépendance entre ces deux affections, de sorte que la persistance de l'état dépressif est influencée par le trouble somatoforme douloureux. Ainsi, dans le cas d'espèce, le trouble dépressif ne saurait être considéré comme une manifestation réactive du TSD ne faisant pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine), ce d'autant que l'état dépressif est survenu, selon le Prof. U_____, rapidement, dans les quelques semaines ayant suivi l'accident.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conclure à l'existence d'un état dépressif autonome du TSD et d'une durée et d'une acuité suffisamment importantes pour qu'il constitue une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence du TFA.

Au demeurant, il sera constaté ci-après que les autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant du TSD sont de toute façon remplis.

Selon l'expertise du CHUV, le recourant subit en sus de la fibromyalgie un déconditionnement physique global et focal, des troubles fonctionnels (pan-rachialgies cervico-dorso-lombaires, chroniques non spécifiques persistantes et des troubles statiques et modérément dégénératifs cervicaux), et une hypermobilité articulaire. Les douleurs devenues chroniques sont présentes depuis l'accident du 29 août 1998. L'on peut dès lors retenir l'existence d'affections corporelles chroniques comme étant établies en l'espèce, ainsi qu'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable.

A cet égard, l'expertise du CHUV relève que l'importance de l'atteinte psychiatrique est telle qu'elle rend illusoire toute reprise de travail. Sur le plan théorique, une prise en charge psychiatrique devrait voir une amélioration de la qualité de vie, avant d'imaginer l'amélioration de la capacité de travail. Or, selon l'attestation du Dr W_____ du 25 novembre 2005, le recourant souffre toujours d'une dépression une année après le début du traitement, avec prise d'antidépresseurs (médicaments d'ailleurs administrés au recourant depuis août 1998, cf. rapport du Dr E_____ du 9 mars 2000) et le pronostic est lentement favorable en ce qui concerne l'humeur. En outre, l'expertise du CHUV relève que les traitements médicaux, la kinésithérapie, l'hydrokinésithérapie, le fango, l'électrothérapie et la réflexologie n'ont eu qu'un effet partiel sur la douleur. La symptomatologie est ainsi principalement inchangée depuis l'apparition du TSD. Le critère de l'échec des traitements conformes aux règles de l'art est ainsi également réalisé.

S'agissant de la perte d'intégration sociale, le Dr U_____ estime que le recourant la subit clairement. Il relate le bouleversement complet de la vie du recourant avec arrêt de ses activités professionnelles, perte de ses amis, difficultés familiales considérables. Le recourant est seul, passant ses journées à son domicile. Il y a ainsi lieu de conclure à une perte d'intégrité sociale dans toutes les manifestations de la vie. Enfin, le Dr U_____ a précisé que depuis plusieurs années l'état psychique du recourant s'est cristallisé et malgré de nombreux essais de prise en charge thérapeutique de ses douleurs, sa situation ne s'est pas améliorée mais elle s'est plutôt progressivement aggravée en se chronifiant et en l'isolant. S'agissant de l'état dépressif, il pourrait encore probablement profiter d'un traitement *lege artis*.

A cet égard, le traitement effectivement entrepris chez le Dr W_____ depuis plus d'une année permet uniquement de conclure à un pronostic légèrement favorable en ce qui concerne l'humeur. Ces éléments permettent 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.

Enfin, selon le courrier du 9 mars 2006 du Prof. U_____, ces éléments - soit la perte d'intégrité sociale, l'état psychique cristallisé ainsi que l'absence de ressources nécessaires à surmonter les douleurs et exercer une activité lucrative - se sont développés progressivement durant les mois suivant l'accident d'août 1998, c'est-à-dire qu'ils sont installés depuis de nombreuses années.

15. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître que le recourant ne dispose pas des ressources nécessaires lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative, ce que le Prof. U_____ a confirmé le 5 juillet 2005. En conséquence, le TSD du recourant, lequel entraîne une incapacité de travail totale, est invalidant au sens de la jurisprudence précitée.

Selon les précisions fournies le 9 mars 2006 par le Prof. U_____, il y a lieu d'admettre que le TSD était invalidant une année après l'accident soit dès août 1999 dès lors que le Prof. U_____ estime que les éléments pertinents pour apprécier le caractère invalidant du TSD se sont développés progressivement durant les mois suivant l'accident.

Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 100 %, lequel lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000, soit une année après le début de l'incapacité de travail invalidante (étant précisé que le départ de celle-ci est fixé à août 1999 conformément à ce qui précède). Par ailleurs, la demande de prestations a été déposée le 3 décembre 1999, soit dans le délai de l'art. 48 al. 2 LAI.

16. Le recours sera admis et la décision sur opposition de l'OCAI du 1^{er} septembre 2004 annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000.

Une indemnité de fr. 2'000.- lui sera allouée, à charge de l'intimé.

**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. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 1^{er} septembre 2004.
4. Dit que M. Gianfranco C _____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de fr. 2'000.-.
6. 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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