RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1765/2003 **ATAS/28/2005**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère Chambre

du 11 janvier 2005

En la cause

Monsieur R_____, comparant par Me Corinne NERFIN en l'Etude de laquelle il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, domicilié rue de Lyon 97 à Genève — intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____ est né en mai 1957 au Portugal où il a suivi une formation d'employé de commerce. Il est divorcé et père d'une enfant née en 1982.

2. Arrivé en Suisse en 1983, l'assuré a travaillé d'abord comme portier d'étages à l'Hôtel Y_____ du 1er mars 1985 au 29 février 1992, puis en qualité de chauffeur bagagiste pour l'Hôtel Z_____ du 1er mars 1992 au 31 janvier 1999 et pour l'Hôtel XY_____ du 1er janvier 1999 au 31 juillet 2000, ainsi que cela ressort des certificats de travail versés au dossier.

3. Dès le 27 mars 2000, il s'est trouvé dans l'incapacité totale de travailler en raison de douleurs lombaires importantes ainsi que de lombosciatalgies gauches chroniques.

   Il a été licencié au 31 juillet 2000 pour cause de restructuration de l'hôtel et a perçu des prestations de l'assurance-chômage dès le 1er août 2000.

4. En date du 8 mars 2001, sur conseil de son médecin-traitant, il a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente se prévalant de « lombalgies chroniques avec blocage ».

   L'assuré a d'abord consulté la Doctoresse A_____, généraliste, puis le Docteur B_____, neurochirurgien, qui a constaté un problème de lombocruralgie gauche avec nette atrophie du quadriceps gauche, mais sans substrat organique (cf. lettre du 24 octobre 2000).

   Ce médecin a adressé l'assuré à plusieurs confrères pour avis, puis finalement au Docteur C_____, rhumatologue, qui l'a alors suivi depuis le 6 décembre 2000.

   Dans un certificat du 29 mars 2001, le Docteur C_____, a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques existant depuis début 2000 et ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 27 mars 2000. Il a suggéré la mise sur pied d'une expertise et préconisé « une activité sans port de charge (bureau, surveillance, huissier, petite mécanique) à raison de huit heures par jour ».

   Le 16 septembre 2002, ce même médecin a certifié que l'état de son patient était stationnaire depuis mars 2001 et souligné qu'un stage de réadaptation était souhaitable.

5. En date du 24 octobre 2002, le Docteur D_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR Léman), a exposé que l'atteinte à la santé, à savoir des lombosciatalgies sur discopathies L5-S1 avec possible instabilité L5-S1, entraînaient des limitations fonctionnelles pour le port de charges lourdes et les positions vicieuses du tronc ainsi que pour la station prolongée immobile sans possibilité de changement. Il a précisé que toutes les activités, en particulier les activités sédentaires, mais également les activités s'effectuant debout, sans port de charges lourdes, étaient exigibles à plein temps. Selon lui, il s'agissait d'un cas de réadaptation professionnelle, avec mauvais pronostic, étant donné que l'assuré avait perdu son emploi et qu'il ne s'était pas débrouillé jusqu'à ce jour pour trouver une activité mieux adaptée à son problème de santé.

6. Par décision du 19 décembre 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation de trois mois du 6 janvier 2003 au 30 mars 2003 auprès de la « Fondation PRO, Entreprise sociale privée (ci- après PRO) ».

   Il ressort du rapport d'évaluation établi le 30 avril 2003 par les maîtres d'atelier de PRO qu'au cours des trois mois de stage, l'assuré avait eu un rendement variable pouvant aller de 25 à 80% et qu'en fin de mesure, il avait atteint un rendement moyen de 55% en travaillant à plein temps dans des activités légères permettant la position debout ou assis. Il apparaît qu'à plusieurs reprises il lui avait été demandé de tenter d'augmenter son rythme de travail, celui-ci étant assez lent compte tenu des nombreuses pauses prises par l'assuré, selon lui nécessaires, qui avaient inévitablement influencé son rendement. Les maîtres de stage ont relevé également qu'il s'était régulièrement plaint de douleurs au niveau du dos ainsi que de la jambe gauche et s'était montré très démonstratif en se déplaçant avec grandes difficultés. Cela étant, ils ont souligné que l'assuré avait effectué toute la mesure à plein temps et n'avait manqué aucun jour de travail, ce qui leur avait paru incohérent face à l'intensité de ses plaintes. En dernier lieu, lesdits spécialistes n'ont pas observé de limitations particulières dans un travail de montage ou de conditionnement léger, permettant l'alternance des positions.

   Les maîtres d'atelier de PRO ont ajouté que le Dr C_____, lors d'un entretien téléphonique du 17 février 2003, les avait informés que les importantes plaintes exprimées par son patient ne correspondaient pas au diagnostic médical.

7. Au vu de ce qui précède, en date du 12 mai 2003, le Docteur D_____ a confirmé que si l'atteinte à la santé dont souffrait l'assuré contre-indiquait son ancien travail de chauffeur de mini-bus, qui comprenait obligatoirement le port de charges relativement lourdes, la capacité de travail était par contre conservée dans une activité adaptée sans port de charges lourdes.

Il a relevé que lors du stage qui avait duré soixante jours, sans aucune absence et à plein temps, l'assuré s'était montré extrêmement algique et démonstratif, avec des rendements faibles et très variables sans relation avec son atteinte à la santé, les travaux qui lui étaient confiés ne sollicitant que les membres supérieurs, avec possibilité de changement de position.

A l'issue de ce stage, force était pour lui de constater que les rendements faibles observés (55% en moyenne), qui n'étaient pas en relation avec l'atteinte à la santé, étaient à mettre sur le compte d'une absence de volonté de collaboration.

Il a suggéré de conclure ce dossier par un calcul du préjudice sur la base d'une incapacité totale comme bagagiste mais d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles mentionnées, d'autres mesures professionnelles n'étant pas indiquées au vu du manque de volonté affiché par l'assuré.

8. Par décision du 20 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI, au motif que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité légère.

9. Le 20 juin 2003, l'assuré a formé opposition. Il a fait valoir que l'absence de rendement suffisant mise en évidence lors du stage effectué dans l'entreprise PRO n'était pas à mettre sur le compte d'un manque de motivation mais sur le fait que les activités proposées lors du stage avaient entraîné l'apparition de fatigue et de maux de dos. Il a soutenu avoir fourni tous les efforts possibles eu égard à ses douleurs lombaires persistantes et invalidantes. Il a par ailleurs sollicité une aide au placement dès lors qu'il allait devoir « à l'évidence » changer d'activité professionnelle si une rente ne lui était pas accordée. Il a donc principalement conclu à l'admission d'une rente AI à hauteur de 50% et subsidiairement à l'octroi d'une assistance du service de placement de l'assurance-invalidité.

10. Par décision sur opposition du 14 août 2003, l'OCAI a confirmé le taux d'invalidité retenu ainsi que sa décision de refus de rente d'invalidité et ajouté que l'assuré n'avait pas droit au service de placement de l'assurance-invalidité dès lors qu'une activité lucrative à 100% était exigible « dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans que ces dernières soient susceptibles de l'entraver dans la recherche d'un emploi ».

11. Le 17 septembre 2003, l'assuré a déposé un recours contre la décision précitée et produit un certificat médical établi le 9 septembre 2003 par le Docteur C_____ selon lequel le recourant souffrait de lombosciatalgies chroniques sur une discopathie L5-S1 ainsi que de troubles somatoformes douloureux. Ce médecin a notamment exposé à propos de son patient : « sa capacité de travail est de 50% dans une activité légère et de 0% dans une activité lourde. Cette restriction de capacité de travail est présente depuis ma première consultation le 6

décembre 2000. Il doit pouvoir changer souvent de position et ne pas porter des charges de plus de 10 kg. Il doit éviter les positions en flexion et en extension du rachis ».

Le recourant a requis l'audition du Docteur C_____ et maintenu ses conclusions pour le surplus.

12. Dans son préavis du 13 novembre 2003, l'OCAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position en l'absence d'éléments nouveaux ou d'arguments pertinents et proposé le maintien de sa décision sur opposition du 14 août 2003.

Il a souligné en outre que le dernier certificat établi par le Docteur C_____ était en contradiction flagrante avec les précédents rapports établis par ce même médecin sur demande de l'assurance-invalidité et dans lesquels il n'avait jamais été posé de « diagnostic psychique ».

13. Par courrier du 10 décembre 2003, le recourant a relevé que le préavis de l'OCAI ne faisait que confirmer la nécessité d'entendre le médecin traitant, soit le Docteur C_____, rhumatologue.

14. Invité à expliquer l'appréciation différenciée de la capacité de travail de son patient ainsi que les circonstances l'ayant amené à diagnostiquer un trouble somatoforme douloureux, le Docteur E_____, par lettre du 14 octobre 2004, a exposé qu'il y avait eu aggravation de l'état de santé du recourant de 2001 à 2003 et que c'était l'évolution des symptômes ainsi que des plaintes de son patient depuis septembre 2002 qui lui avait permis de poser un diagnostic clair de syndrome somatoforme douloureux dès la fin de l'année 2002.

15. Lors de l'audience tenue le 30 novembre 2004, le recourant a dit avoir consulté un psychiatre deux ou trois fois en 1999-2000 suite à son divorce, mais ignorer si actuellement il avait besoin d'être suivi sur ce plan, sachant qu'il se sentait triste en raison de son état de santé et de sa situation professionnelle. A cet égard, il a déclaré chercher activement mais en vain du travail à 50%.

Le Docteur C_____, entendu en qualité de témoin le même jour, a confirmé les termes de son rapport du 29 mars 2001 mais souligné que l'état de son patient avait évolué depuis lors, ce qui expliquait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé le 9 septembre 2003. En effet, petit à petit, alors que le recourant disait d'abord souffrir de douleurs au bas du dos, ses plaintes s'étaient généralisées, étant précisé qu'il n'avait jamais eu l'impression qu'il exagérait lesdites plaintes.

S'agissant de l'entretien téléphonique du 17 février 2003 évoqué dans le rapport d'évaluation établi par les maîtres d'atelier, il a expliqué avoir vraisemblablement

été mal compris, n'ayant jamais voulu dire que les plaintes ne correspondaient pas au diagnostic, mais plutôt que les plaintes n'étaient pas en relation avec les constatations objectives cliniques, raison pour laquelle, au demeurant, le Dr B_____ lui avait adressé le patient.

Il a ajouté que celui-ci avait suivi tous les traitements possibles sans succès à ce jour et qu'il avait constaté qu'une tristesse s'était installée avec une baisse de désir, signes de dépression.

En dernier lieu, le Dr C_____ a confirmé que l'aggravation datait bien de septembre 2002, de même que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

16. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

17. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette

date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre 8 de l'annexe à la LF du 6 octobre 2000 (RS 830.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

4. En outre, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. Le litige porte sur la détermination du degré d'invalidité du recourant.

   Aux termes de l'art. 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se fonder sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Le droit fédéral ne fixant aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03).

Selon les chiffres 6006ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après CPAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS), appel est fait aux services de centres d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. L'examen effectué par le COPAI désigné concerne avant tout les catégories d'assurés suivantes : les assurés qui se déclarent incapables de travailler et prétendent à une rente, mais pour lesquels une réadaptation dans l'économie libre paraît exécutable, compte tenu d'une atteinte à la santé relativement faible, et les assurés qui ont une capacité résiduelle de travail (médicalement attestée), mais que l'office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier (p.ex. un domaine voisin de l'activité précédemment exercée).

7. En l'espèce, les principales appréciations médicales figurant au dossier sont les rapports du médecin traitant, le Docteur C_____ et ceux du Docteur D_____.

Il apparaît ainsi incontestable que l'assuré souffre de troubles lombaires (cf. notamment les rapports des 29 mars 2001 du Docteur C_____ et 24 octobre 2002 du Docteur D_____).

S'agissant des répercussions de ces troubles de la santé sur la capacité de travail du recourant, le Docteur C_____ a estimé que son patient était dans

l'incapacité totale de travailler à partir du 27 mars 2000, mais qu'il pourrait reprendre une activité adaptée, sans port de charges à 100% (bureau, surveillance, huissier, petite mécanique). Le Docteur F_____ a également admis que le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis le 27 mars 2000 dans son activité antérieure. Tous deux ont suggéré que le recourant soit mis au bénéfice d'un stage de réadaptation, le Docteur F_____ émettant toutefois un pronostic pessimiste quant à l'issue de celui-ci.

Au vu de ces constatations, l'intimé était fondé à soumettre l'assuré à un stage d'observation professionnelle aux fins de déterminer plus précisément sa capacité résiduelle de travail. Celui-ci a ainsi suivi un stage (PRO) mis en place par le CIP, du 6 janvier au 30 mars 2003. De ce stage, il est ressorti qu'il présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit dans des travaux légers avec alternance des positions. Ces observations ayant été effectuées dans les règles de l'art, il n'y aurait en principe pas lieu de s'écarter de leurs conclusions qui ne sont pas en contradiction avec les observations médicales figurant alors au dossier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, 122 V 161 consid. 1c et les références).

Toutefois, en date du 9 septembre 2003, le Docteur C_____ a établi un certificat faisant état d'une aggravation de l'état de santé, d'un nouveau diagnostic posé en septembre 2002, à savoir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ainsi que d'une restriction supplémentaire de la capacité de travail (cf. procès-verbal d'enquêtes du 30 novembre 2004).

Les décisions des 20 mai et 14 août 2003 doivent être confirmées en tant qu'elles refusent le droit à des prestations AI jusqu'à septembre 2002.

8. A partir de cette date en revanche, on ne saurait ignorer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui apparaît devoir être pris en considération dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). De tels troubles entrent dans la catégorie des

affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). 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 (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent certes 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 (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient toutefois 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 socioculturels) 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 aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 juin 2004 en la cause I 531/03).

9. Force est en l'espèce de constater que l'état de santé du recourant n'a pas fait l'objet d'examens approfondis et qu'aucune anamnèse complète n'a jamais été réalisée. Les rapports médicaux, peu circonstanciés, ne satisfont donc pas à tous les réquisits jurisprudentiels et ne peuvent se voir ainsi reconnaître pleine valeur probante s'agissant du trouble somatoforme douloureux évoqué et de son caractère invalidant.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il incombe à l'expert psychiatre de déterminer si l'assuré peut encore et dans quelle mesure exercer une activité lucrative. Or, en l'espèce, il n'a pas été procédé à une telle expertise et les

documents à disposition ne permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

10. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique et cela fait, détermine si le trouble somatoforme douloureux survenu en septembre 2002 a ou non un caractère invalidant.

11. Au bénéfice de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis.

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à 1'750 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'OCAI qui, sur la base d'une expertise psychiatrique, rendra une nouvelle décision au sens des considérants.

3. Confirme les décisions des 20 mai et 14 août 2003 en tant qu'elles refusent le droit à des prestations AI jusqu'à septembre 2002.

5. Condamne l'OCAI à payer la somme de 1'750 fr. au recourant à titre de participation à ses frais et dépens.

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 :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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