RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2004/2003 **ATAS/811/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 5 octobre 2004

En la cause

Monsieur C_____, comparant par Maître Pascal JUNOD en l'étude duquel 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 Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né en 1961, ressortissant italien, de formation mécanicien en automobile, a travaillé en qualité d'employé auprès de divers garages de la place puis comme indépendant.

2. Le 9 avril 1989, alors qu'il circulait à moto, il a été victime d'un accident de la circulation. Cet accident s'est soldé par des douleurs cervicales traitées par de nombreuses physiothérapies mais sans interruption de son activité professionnelle.

3. En 1990, il a interrompu définitivement son activité en tant qu'indépendant et a été engagé à 100% au service du «Garage des 3 Chênes» du 1er octobre 1991 jusqu'au 11 novembre 1992, date à laquelle il a cessé toute activité lucrative en raison de son état de santé. Son employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 mai 1993.

4. La Zurich assurances a confié un mandat d'expertise au Dr L_____ spécialiste FMH en rhumatologie. Celui-ci dans un rapport du 31 août 1993 a diagnostiqué des cervicalgies chroniques, compliquées de céphalées occipito-temporales consécutives à un syndrome algo-disfonctionnel de la charnière cervico-occipitale. Il a précisé qu'il était probable que la cause en soit une lésion ligamentaire C1/2, ce qui aurait expliqué les douleurs. Une telle lésion aurait pu provenir d'un traumatisme de type « coup du lapin » subi lors de l'accident de motocycle du 9 avril 1989. Selon l'expert, la cessation de l'activité professionnelle n'a rien à voir avec l'état de santé. L'incapacité de travail en tant que suite de l'accident était survenue à un moment où elle permettait de résoudre un problème social global avec dépression, isolement, dettes, chômage, etc. Le Dr L_____ a estimé le degré d'invalidité médico-théorique à 15% avec des douleurs persistantes qui avaient été aggravées par ostéochondrose sans atteinte radiculaire et a évalué la perte d'intégrité à 10%.

5. Le 9 février 1994, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) tendant à l'octroi de mesures de rééducation dans la même profession, de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente.

6. Dans un rapport complémentaire du 14 février 1994, le Dr L_____ a exposé qu'il restait convaincu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable dans l'activité d'origine, que seules des douleurs exacerbées intermittentes au niveau des cervicales pouvaient conduire à des absences. S'il y avait atteinte à la capacité de travail, elle s'expliquerait d'un point de vue psychiatrique par un état dépressif qui ne pouvait être considéré comme une suite de l'accident.

7. Le Dr M_____ spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant a, dans un rapport du 10 avril 1994 adressé à l'OCAI, confirmé traiter l'assuré depuis le mois de novembre 1992 pour des douleurs cervico-dorsales avec des cervico-brachialgies et des douleurs occipito-temporales après l'accident survenu le 9 avril 1989. Il a conclu que la mobilité de la colonne cervicale était libre et que l'état général était bon à l'exception d'un état dépressif intervenu à titre secondaire. Radiologiquement, il supposait une lésion ligamentarie C1/2 qui pouvait expliquer les douleurs. La solution opératoire n'avait pas été envisagée. L'assuré ne se voyait pas en mesure d'exercer une activité professionnelle et le Dr M_____ avait délivré un certificat d'incapacité de travail de 100% pour le travail de mécanicien sur automobiles dès novembre 1992 et ce pour une durée indéterminée.

8. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Un rapport d'expertise a été établi le 1er septembre 1994. Il a été diagnostiqué qu'il restait des suites complexes de l'accident de 1989 avec surtout des cervicalgies chroniques ainsi qu'un épisode dépressif réactionnel durable mais compensé au moment de l'expertise. Le Dr N_____ a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité de mécanicien, en soulignant qu'après un recyclage l'assuré ne subirait pas de limitation dans une activité adaptée. Le Dr N_____ recommandait d'accorder une rente correspondant à une invalidité de 100% depuis novembre 1992 et après une réinsertion par l'AI par exemple dans la vente d'automobiles, de confirmer à nouveau une pleine capacité de travail.

9. Par décision du 8 novembre 1995, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1er novembre 1993 au 30 novembre 1995, étant précisé que des indemnités journalières lui seraient versées dès le 25 septembre 1995, date du début d'un stage d'observation de 3 mois.

10. L'assuré a bénéficié de ce stage (ci-après: le stage OP) au centre d'intégration professionnelle, à Genève.

11. Il l'a cependant interrompu le 10 novembre 1995, en raison d'une évolution défavorable, selon attestation du Dr M_____ datée du 15 novembre 1995.

12. Dans sa correspondance du 14 novembre 1995, le Dr O_____, médecin consultant du Centre d'intégration professionnelle a exposé qu'il lui « semblait que malheureusement la situation ne pouvait pas évoluer favorablement car l'assuré, outre des suites défavorables de son accident sous forme d'un syndrome douloureux chronique, était extrêmement perturbé sur le plan affectif, s'estimant lésé physiquement et moralement, très projectif quant à l'impuissance de la médecine et de la société à lui restituer un corps et une fonction sociale conforme à ce dont il jouissait auparavant », de sorte que « des démarches professionnelles dans ce contexte paraissaient ne pas pouvoir être couronnées d'un quelconque succès »

13. Il ressort du rapport OSER du 23 novembre 1995, que durant le stage, l'assuré n'a effectué que des travaux légers, sans port de charges et avec la possibilité d'alterner les positions. Les maîtres d'atelier ont relevé qu'il était habile et minutieux, que son travail était précis et correspondait aux exigences professionnelles de qualités, mais que le temps d'observation avait été trop court pour se prononcer tant sur ses capacités d'intégration dans une équipe que sur sa motivation.

14. Dans un rapport du 18 avril 1996 adressé à l'OCAI, le Dr M_____ a rapporté que l'état de santé de son patient pouvait être considéré comme stable depuis 1994 et que les traitements suivis ne modifiaient pas les plaintes.

15. Le 24 mai 1996, le Dr P_____, médecin conseil de l'OCAI, a considéré que l'assuré ne subissait aucune atteinte physique importante ou atteinte psychique suffisante pour expliquer l'échec du stage d'observation et était en mesure d'exercer sans baisse de rendement notable une activité exempte d'effort physique important, telle celle de vendeur de voitures.

16. Par décision du 14 août 1997, l'OCAI a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé pour laquelle il avait déjà une formation adéquate, comme par exemple vendeur de voitures ou vendeur dans un magasin d'outillage et que la perte de gain conséquente à ce changement d'activité, de 20% au maximum, était insuffisante pour ouvrir le droit à la rente.

17. Par jugement rendu le 15 mai 1998, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'assurance - vieillesse, survivants et invalidité (ci-après CRAVS) a rejeté le recours interjeté par l'assuré estimant que son état de santé était stable depuis 1994 et que selon les rapports des 31 août1993 et 1er septembre 1994 établis par les docteurs Dr L_____ et N_____, il était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à sa situation et ce à 100% et que dans ces circonstances, il n'y avait pas lieu d'annuler la décision contestée et d'ordonner une nouvelle expertise.

18. En date du 30 avril 1999, saisi d'un recours de droit administratif, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a annulé le jugement de la CRAVS du 15 mai 1998 et la décision de l'OCAI du 14 août 1997 et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire. Selon le TFA, les constatations du Dr L_____ ne permettaient pas de répondre à la question de savoir si, compte tenu des cervicalgies et des céphalées dont le recourant souffrait, celui-ci était en mesure d'exercer du point de vue organique les activités évoquées par le Dr N_____.

19. L'OCAI a confié une expertise médicale au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après le COMAI) à Bâle. Dans leur rapport du 22 mars 2001, les experts ont fait état d'un syndrome somatoforme douloureux persistant avec syndrome cervical et lombovertébral chronique avec traits de personnalité narcissiques ainsi que d'un

syndrome compressif de l'épaule droite et adiposité. D'après le consultant en psychiatrie, l'assuré ne présentait aucun indice de psychose, il s'endormait bien, l'appétit était qualifié de bon et il conservait des hobbies. De l'anamnèse sociale, il ressort également qu'il avait une passion pour les courses de voitures de sport, qu'il aidait ses collègues à réparer les voitures, qu'il prenait la plupart du temps ses repas avec ses collègues et que le soir, il sortait avec des amis. De l'anamnèse de la maladie, il apparaît que l'assuré ne se sentait pas dépressif, qu'aucune thérapie psychiatrique ne lui avait été proposée et qu'il prenait très peu des médicaments. Enfin il a été constaté que l'assuré pouvait effectuer la plupart des mouvements sans aucune gêne et que ses indications étaient souvent diffuses et en partie contradictoires. Les experts ont retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 50% pour toute activité dans le secteur économique, mais qu'après des mesures médicales et professionnelles adaptées une reprise d'activité à taux plein pourrait être envisageable. L'assuré pourrait par exemple suivre une formation dans l'administration ou la vente dans la branche automobile.

20. Un rapport a été établi le 20 février 2002 par le Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a précisé qu'il n'avait pas trouvé une pathologie psychiatrique chez l'assuré et conclu que rien ne justifiait une incapacité de travail, même partielle.

21. Par courrier du 5 juin 2002, le Dr M_____ ayant sollicité l'avis du Dr Rothpletsz, psychiatre, a relevé qu'aucun traitement psychiatrique n'était nécessaire. Il a préconisé une reprise du travail à 50% dans le domaine de l'automobile à un poste adéquat.

22. Par décision du 9 avril 2003, l'OCAI a refusé toute prestation.

23. Par décision sur opposition du 15 septembre 2003, l'OCAI a confirmé son refus en rappelant que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assuré n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, que son intégration sociale était bonne, que son état de santé ne nécessitait que peu de traitements et que les douleurs décrites divergeaient du comportement observé.

24. L'intéressé a interjeté recours le 20 octobre 2003 auprès du Tribunal de céans. Le recourant conteste les appréciations opérées par les experts du COMAI, il produit à cet égard un certificat du Dr R_____, généraliste, daté du 6 octobre 2003. Il allègue souffrir d'une affection organique et affirme qu'il présente une incapacité de travail de 50%. Il sollicite à titre principal, l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A titre subsidiaire il demande l'octroi d'une demi-rente avec effet rétroactif au 1er janvier 1996.

25. Dans son préavis du 17 novembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATFA 130 I 226).

   C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance invalidité. Elle est applicable au cas d'espèce, la décision litigieuse datant du 9 avril 2003.

3. Déposé dans la forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (articles 56 , 60 LPGA, 84 LAVS et 69 LAI).

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanent ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 pour cent au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 pour cent au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 et de gain (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). 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p.153 consid. 2a et les références; (ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01).

5. En l'espèce, le recourant souffre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant avec syndrome cervical et lombovertébral chronique et traits de personnalité narcissiques, selon les conclusions de l'expertise du COMAI.

6. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). 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.260, consid. 4b). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte de l'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 celle 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.

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, q'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). Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandat un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p.346) Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien fondé (ATF 125 V 353) Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail dans une activité exigible d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise. En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

8. En l'occurrence, l'expertise du COMAI est le fruit d'examens complets; elle prend en considération les plaintes de l'assuré, comporte une anamnèse détaillée et aboutit à des conclusions claires et motivées. Pour rendre leurs conclusions, les experts se sont adjoints les services des docteurs S_____, spécialiste en psychiatrie, le Dr T_____, spécialiste en rhumatologie et le Dr U_____, spécialiste en neurologie. Il ressort du diagnostic de ce dernier que le recourant souffre d'un syndrome cervical et lombovertébral chronique sans phénomène radiculaire de perte ou d'irritation. Le Dr U_____ a pu constater que malgré les plaintes sur des tensions musculaires prononcées, il n'y avait aucun myogélose au niveau de la ceinture thoracique et de la musculature paravertébrale; que l'instabilité autour de

C1/2 mentionné dans le rapport d'examen IRM du rachis cervical n'expliquait en tout cas pas le syndrome douloureux généralisé dans toute la zone de la colonne vertébrale. Sous l'angle rhumatologique, le Dr T_____ a constaté que le rachis cervical était limité à un degré élevé dans les mouvements de rotation vers la droite et inclinations latérales des deux côtés; que toutes les articulations des extrémités supérieures et inférieures étaient indolentes et librement mobiles de tous les côtés. Quant au Dr S_____, il a indiqué que le recourant souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant avec traits de personnalité narcissiques, que ces affections s'inscrivaient dans un contexte de manque de confiance en soi, que de surcroît, sa vulnérabilité, impulsivité avec tendance à la mauvaise humeur avaient entraîné une atteinte sociale avec des difficultés à la place de travail, que d'autre part ces traits de personnalité avaient contribué de façon déterminante à ce que le patient n'ait jusqu'ici pas réussi à traiter ses douleurs d'ordre somatique de façon adéquate. Dans leur appréciation finale, les médecins du COMAI ont mentionné qu'objectivement il existait chez l'assuré une mauvaise position de la colonne vertébrale qui pouvait lui causer des douleurs lors de certaines activités physiques lourdes ou lors de travaux effectués dans des positions contraignantes. Ils ont cependant considéré qu'il n'existait pas de modification dégénératives particulières, ni d'indices de modifications postraumatique sur l'organe axial. Sur le plan neurologique également, ils n'ont pas constaté de pertes radiculaires ni de phénomènes d'irritation. Selon eux, les douleurs dont se plaignait le patient qui parfois s'accompagnaient de tension myogélotique étaient avec une grande probabilité imputables à un trouble somatoforme douloureux persistant. Ils ont évalué la capacité de travail du recourant à 50% pour toute activité dans le secteur économique, néanmoins, ils considèrent qu'avec un traitement de détente, par exemple un training autogène ou une relaxation progressive et le suivi des moyens psychothérapeutiques une pleine capacité de travail devrait à nouveau être obtenue. Ils ont estimé qu'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il accomplisse des mesures professionnelles.

9. Bien que les médecins de COMAI aient conclu que du point de vue psychiatrique, le recourant souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'ont pas trouvé d'éléments permettant de retenir un état dépressif ou un trouble de la personnalité manifeste. De plus, ils ont relevé que l'assuré ne présentait aucun indice de psychose, que le cheminement formel de sa pensée était logique, cohérent, ni bloqué, ni dissipé. Par ailleurs aucune thérapie psychiatrique ne lui avait jamais été proposée. De tous ces éléments, il découle qu'en l'espèce, l'existence d'une comorbité psychiatrique manifeste, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, doit être niée. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Sur ce point les critères de la chronicité et de la durée des douleurs, apparaît certes réalisés, toutefois, ils ne sont à eux seuls pas suffisants au regard de la jurisprudence pour justifier une invalidité. Une perte

d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait manifestement défaut. Il a en effet été souligné dans le rapport d'expertise que la symptomatologie du recourant a peu d'impact sur sa vie sociale. En ce sens, l'assuré surmonte apparemment ses douleurs quand il s'agit d'assurer sa propre subsistance au quotidien et de maintenir une vie sociale, alors qu'il s'estime dans le même temps incapable d'y faire face dans l'exercice d'une quelconque activité professionnelle. Les experts relèvent que le recourant vit de manière indépendante, s'occupe de son ménage, il a gardé beaucoup de liens sociaux avec des amis qu'il continue de fréquenter et conserve un rythme de vie régulier. En outre, les mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail n'ont pas encore été épuisées si bien qu'il n'y a pas lieu d'en déduire l'échec de toute mesure de réadaptation. Enfin, il existe des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé. En effet lors de la consultation par les experts, l'assuré a pu effectuer la plupart des mouvements sans aucune gêne, il a pu être détourné de la douleur et ses indications ont été diffuses et en partie contradictoires.

10. Au vu de l'ensemble de ces éléments, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant. Le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 15 septembre 2003.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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 : Maria SPEDALIERO

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