RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/818/2004 **ATAS/646/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 août 2005

En la cause — Recourant

Monsieur N_____, représenté par Maître MONTAVON Gérard, en l'Etude duquel il élit domicile

contre

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

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Maya CRAMER , Juges

EN FAIT

1. Monsieur N_____, né en mai 1950, de nationalité égyptienne, a travaillé comme polisseur pendant sept ans chez X_____ SA, puis comme chef polisseur chez Y_____ SA pendant quinze ans.

2. En 1999, l'intéressé décide de s'installer en Egypte avec sa femme et ses deux enfants. Après un an de séjour, la famille revient en Suisse fin 2000 et l'intéressé est immédiatement réengagé par son ancien employeur, X_____ SA. Suite à une altercation avec une supérieure hiérarchique, l'intéressé sera licencié le 23 novembre 2001.

3. L'intéressé qui souffrait de diverses atteintes à sa santé, a vu son état se péjorer suite au licenciement et a développé un état dépressif réactionnel. Il est en arrêt de travail à 100 % depuis le 23 novembre 2001.

4. A la demande de l'ALLIANZ SUISSE ASSURANCE (ci-après l'ALLIANZ), assurance indemnité journalière pour perte de gain, le Docteur A_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a effectué une expertise de l'assuré. Dans son rapport du 15 mai 2002, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, chiffre F33.11 selon CIM-10. Le patient était alors en incapacité de travail à 100 %, mais l'expert pensait qu'il ne fallait pas chroniciser la situation et tenter à travers les différents moyens thérapeutiques de le stimuler à être de nouveau en contact avec le travail à 50 %. Il a estimé que ce serait au médecin psychiatre traitant, par la suite, en fonction de l'évolution, de stimuler ce patient afin qu'il ne développe pas un processus sinistrosique ou un trouble somatoforme douloureux. L'expert proposait l'administration d'un antidépresseur de manière régulière et sérieuse et l'augmentation de la fréquence des entretiens.

5. A la demande du médecin-conseil de l'ALLIANZ, une deuxième expertise psychiatrique a été confiée au Docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, lequel, dans son rapport du 17 septembre 2002, a indiqué qu'au moment de l'entretien, le 28 août 2002, il n'existait plus de symptôme psychiatrique majeur permettant de retenir un diagnostic au sens du CIM-10 ou du DSM IV. Il existait en revanche une tendance à l'exagération des conséquences des troubles psychiques en terme d'incapacité de travail. Le traitement médicamenteux et le soutien psychothérapeutique accordé par le Docteur C_____ avaient bien soulagé l'assuré qui avait été en souffrance lors de son licenciement au point d'obtenir une rémission symptomatologique et fonctionnelle. Le mécanisme qui avait déclenché les troubles psychiques était en rapport avec les motifs de licenciement. Selon l'expert, au moment de l'entretien, l'assuré était apte, pour des motifs psychiatriques, à exercer son activité habituelle de polisseur à 100 % et il existait une motivation à maintenir l'incapacité de travail pour des raisons d'ordre socio-économiques.

6. Sur conseil de ses médecins, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en date du 30 novembre 2002.

7. Dans son rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) du 21 février 2003, le Docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique classé F.33.10 selon le CIM-10 et de personnalité anankastique F60.5. Entre autres comorbidités, il a indiqué que le patient souffrait d'un diabète du type II, d'un côlon irritable, d'un syndrome lombo-vertébral, d'une hypoesthésie du membre inférieur gauche et d'obésité avec un BMI de 31. Il présentait aussi un status post-fracture du poignet droit. Le tableau clinique était caractérisé par une fatigue, de l'anxiété, adynamie, apathie, irritabilité, de difficultés de concentration, d'idées obsédantes, dysthymie, dysphorie, rétrécissement du champ de conscience, aboulie et un sommeil désorganisé. Le patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 23 novembre 2001. Selon ce médecin, l'assuré a reconnu que tous ses troubles se sont nettement péjorés depuis sons retour d'Egypte et, suite à son licenciement, l'évolution a empiré de manière importante. Dans le rapport complémentaire concernant les troubles psychiques, le Docteur C_____ a précisé que le patient souffrait de troubles psychiques depuis début 2001, que ces troubles n'étaient pas induits pas le surmenage ou un milieu défavorable et que les affections physiques et mentales entraînaient une incapacité de travail de 100 %.

8. Invité par l'OCAI à établir un rapport médical, le Docteur D_____, du Centre médical de Meyrin, a retourné le formulaire et renvoyé à l'appréciation du Docteur C_____ qui avait prescrit l'incapacité de travail.

9. Par décision du 18 juin 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, au motif qu'il était apte, de l'avis de son service médical régional AI, à reprendre son ancienne activité dès le mois de septembre 2002.

10. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition en date du 20 août 2003. Il se réfère aux certificats médicaux établis par le Docteur C_____ et soutient qu'il est toujours en incapacité de travail.

11. Le 23 mars 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les troubles psychiques ne peuvent justifier une incapacité de travail durable.

12. Représenté par Me Gérard MONTAVON, l'assuré a interjeté recours, faisant valoir qu'il souffre notamment de diabète insulino-dépendant et d'un état dépressif pour lequel le Docteur C_____ lui a prescrit un arrêt de travail. Il conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, dès lors qu'il y a divergence entre les appréciations des Docteurs A_____, B_____ et celles du Docteur C_____. Il a sollicité un délai pour compléter son recours, mais n'a pas déposé d'autres conclusions dans le délai qui lui a été imparti..

13. Dans sa réponse du 21 juillet 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant aux expertises des Docteurs A_____ et B_____ ainsi qu'à l'avis du Service Médical Régional (SMR), aux termes desquels les pathologies diagnostiquées chez le recourant n'ont pas d'incidence sur sa capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail à compter du mois de septembre 2002.

14. Le recourant a persisté dans ses conclusions et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La 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). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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.

Interjeté dans les forme et délai imposés par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   Selon 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Suite à l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, le 1er janvier 2004, la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1 LAI dispose que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. En l'espèce, le recourant soutient que de l'avis du Docteur C_____, il présente une incapacité de travail de 100 %, contrairement aux conclusions des Docteurs A_____ et B_____. Il fait valoir aussi qu'il souffre de diverses pathologies, notamment d'un diabète insulino-dépendant, pour lesquelles il a dû être hospitalisé à trois reprises dans le service de diabétologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG).

Le Tribunal de céans constate, s'agissant des diverses pathologies mentionnées par le recourant, que le Docteur D_____, du Centre médical de Meyrin, n'a pas rempli le rapport médical à l'attention de l'OCAI, et qu'il a prié ce dernier de se référer au Docteur C_____ pour ce qui concerne l'incapacité de travail. Ainsi que le SMR l'a relevé à juste titre, les troubles physiques existaient avant le licenciement du recourant et ne l'empêchaient pas de travailler. Dès lors qu'il n'y a pas d'aggravation récente et notable, ils ne sauraient justifier une incapacité de travail, étant rappelé au demeurant qu'un diabète insulino-dépendant bien traité n'entraîne pas d'incapacité de travail durable.

6. Reste à examiner l'incidence des troubles psychiques sur 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 pas 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les

expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En l'espèce, le recourant a fait l'objet de deux expertises psychiatriques, à la demande de l'assureur perte de gain. Selon le Docteur A_____, qui a examiné l'assuré au mois de mai 2002, le recourant présentait un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, réactionnel à son licenciement du mois de novembre 2001 qu'il a perçu comme une trahison et une injustice. L'expert a relevé dans l'anamnèse que le recourant avait quitté la Suisse en 1999 avec son épouse et ses enfants avec l'intention de s'installer définitivement en Egypte. Au bout d'une année, la famille reviendra en Suisse, l'épouse et les enfants ne souhaitant pas rester en Egypte, et le recourant a été immédiatement réengagé par son ancien employeur, qu'il considère comme un ami. Toutefois, à sa place de travail, un changement était intervenu au niveau de l'organisation et des décisions, ces dernières étant prises par une femme hiérarchiquement supérieure à lui qu'il considérait comme incompétente. C'est suite à une altercation avec elle qu'il fut licencié. Ce licenciement, vécu comme abusif, réactiva les troubles somatiques. Au status psychiatrique, l'expert a relevé un discret abaissement de l'humeur, une perte de l'intérêt et du plaisir avec une réduction de l'énergie, de la fatigabilité entraînant une diminution de l'activité quotidienne. Il a noté quelques troubles de la concentration ou de l'attention, une légère diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. Le recourant ne présentait en revanche pas d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, aucune idée suicidaire ou de mort, ni de symptômes francs de la lignée psychotique. L'expert a expliqué au recourant que l'inhibition de

l'agressivité était responsable de l'état dépressif qu'il était en train de développer, que l'inactivité était aussi une forme d'autodestruction et que pour sortir de cet état, il fallait d'une part continuer sa psychothérapie pour pouvoir extérioriser ses sentiments, mais aussi prendre un traitement antidépresseur de manière régulière et sérieuse. Au moment de l'expertise, le recourant était en incapacité de travail à 100 %, mais l'expert notait qu'il ne fallait pas chroniciser la situation et stimuler le patient à travers les différents moyens thérapeutiques pour être à nouveau en contact avec le travail, afin qu'il ne développe pas un processus sinistrosique ou un trouble somatoforme douloureux.

Une deuxième expertise psychiatrique a été confiée au Docteur B_____ qui a examiné le recourant le 28 août 2002. Dans son rapport, l'expert souligne qu'un traitement a été introduit après l'expertise du Docteur A_____, associé à une augmentation de la fréquence des rendez-vous avec le médecin psychiatre traitant. Le recourant venait de passer des vacances en Egypte dans sa famille, où il était bien et n'avait pas utilisé ses médicaments. Le recourant se plaignait de douleurs au dos ainsi que d'une hypertension. La capacité de concentration était globalement conservée, l'appétit était conservé, il n'existait pas de signes de la lignée psychotique, ni de symptômes d'anxiété d'apparition brutale, mais un état de tension et de préoccupations portant sur l'état de santé général. Les scores de l'échelle de Hamilton correspondaient à une absence de dépression et d'anxiété psychique et physique. Selon l'expert, l'évolution favorable de l'état de santé lorsque l'assuré était en Egypte et qu'il ne présentait pas de traitement antidépresseur démontrait qu'il ne souffrait pas de dépression endogène, mais que ses revendications de prestations couvertes par des assurances-maladie perte de gains à travers ses plaintes psychiques traduisaient l'existence d'un exofacteur médical. Il pouvait y avoir une motivation consciente ou non à mettre en avant des symptômes physiques ou psychiques car, à travers l'incapacité de travail générée et en dehors des aspects strictement médicaux, cette situation permet d'éviter la situation de chômage et la perte de revenus y attenante. Il pouvait aussi exister une motivation volontaire ou non de l'assuré à retourner vivre en Egypte ; les arrêts de travail peuvent aussi correspondre à des besoins de reconnaissance non apportés par la désinsertion professionnelle brutale. Le Docteur B_____ a conclu qu'au moment de l'entretien, il n'existait plus de symptôme psychiatrique majeur permettant de retenir un diagnostic au sens des manuels reconnus (CIM-10 ou DSM IV), de sorte que le recourant était apte à exercer son activité habituelle de polisseur, à plein temps.

Le recourant conteste ces conclusions, faisant valoir qu'elles ne rejoignent pas celles du Docteur C_____, dans la mesure où ce dernier atteste toujours d'une incapacité de travail de 100 %, raison pour laquelle il conviendrait d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.

Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, d'une part, le diagnostic posé par le Docteur C_____ dans son rapport du 21 février 2003, à savoir un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique n'est pas en contradiction avec le diagnostic posé par le Docteur A_____ dans son rapport du 15 mai 2002. D'autre part, aucun des psychiatres n'a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ni relevé de symptômes de la lignée psychotique. Enfin, dans un courrier adressé au conseil du recourant en date du 21 janvier 2003, le Docteur C_____ ne parle plus d'épisode dépressif, mais indique pour la première fois que le patient présente un trouble somatoforme, diagnostic qu'il n'a pas confirmé dans son rapport ultérieur.

Par ailleurs, il sied de rappeler que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

7. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que les expertises des Docteurs A_____ et B_____ remplissent tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour leur conférer pleine valeur probante, de sorte qu'il ne saurait s'en écarter. Les conclusions du Docteur B_____, qui a examiné le recourant quelques mois après le Docteur A_____, sont parfaitement claires et dûment motivées ; il a relevé que des facteurs autres que médicaux jouaient un rôle dans l'incapacité de travail du recourant.

   Or, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière

importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Force est d'admettre en l'occurrence que ce sont bien des facteurs psychosociaux qui influencent l'incapacité de travail du recourant, car, du point de vue psychiatrique, il est apte à exercer son ancienne activité à plein temps depuis le mois d'août 2002.

Le recours, mal fondé, sera 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. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier — La présidente

Pierre RIES — Juliana BALDE

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