RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1055/2004 **ATAS/714/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 6 septembre 2005

En la cause

Monsieur M_____, mais comparant par Maître Jean-Jacques MARTIN en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 15 avril 1959 au Portugal, travaillait en Suisse depuis 1987 en qualité de maçon et d'employé d'entretien. Lors du déplacement d'un sofa à son domicile le 4 avril 1993, il a chuté et s'est retrouvé coincé sous ce meuble. Il a souffert depuis lors de douleurs dorsales. Il a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande visant à l'octroi d'une rente le 25 février 1994.

2. Par décision du 4 mai 1995, l'OCAI a rejeté sa demande, au motif qu'il souffrait d'une sinistrose, soit d'une atteinte à la santé n'ouvrant pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. Saisie d'un recours, la Commission cantonale de recours AVS-AI, alors compétente, a par jugement du 30 novembre 1995, annulé la décision du 4 mai 1995 et renvoyé la cause à l'OCAI pour contre-expertise psychiatrique et nouvelle décision. Elle a en effet considéré que le diagnostic de sinistrose posé par le Docteur A_____, expert, contredisait l'avis antérieur d'autres médecins qui avaient pour leur part constaté chez l'assuré la présence d'un syndrome dépressif ou d'une dépression majeure.

4. L'OCAI ayant formé appel, le Tribunal fédéral des assurances – TFA a rendu un arrêt le 3 octobre 1996. Il a tout d'abord constaté, sur la base notamment des examens radiologiques, que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé physique qui soit de nature à diminuer sa capacité de gain. Au contraire de la juridiction cantonale, le TFA a été d'avis que l'analyse des avis médicaux ne permettait pas d'affirmer qu'ils étaient en contradiction avec les conclusions de l'expert. Il a ainsi jugé que les conditions de mise en œuvre d'une surexpertise psychiatrique n'étaient pas remplies et admis que l'assuré ne souffrait d'aucune affection psychique invalidante. Le jugement de la Commission de recours AVS-AI a dès lors été annulé.

5. Par courrier du 14 janvier 1997 adressé à l'OCAI, Maître Jean-Jacques MARTIN, au nom et pour le compte de l'assuré, a présenté une demande de réexamen du cas. Il a produit copie d'un échange de correspondance avec le Docteur B_____, médecin-psychiatre traitant, duquel il ressort que l'assuré souffre désormais, outre le syndrome de douleur somatoforme diagnostiqué par le Docteur A_____, de trouble paranoïaque de la personnalité.

   Le dossier a été soumis au Docteur C_____, médecin-conseil de l'OCAI. Celui-ci, dans une note du 6 mars 1997, s'étonne de ce qu'un tel diagnostic ait été posé. En effet, « aucun élément marquant s'est produit depuis 1994, rendant hautement improbable une telle modification de la personnalité. On doit réfuter la présence d'élément de troubles de la personnalité de type paranoïaque chez cet assuré dès lors qu'ils n'ont pas la nature du long cours puisqu'ils n'étaient pas

présents avant 1994. L'état psychique d'une personne peut évoluer à l'exception de la personnalité ».

6. Par décision du 16 mai 1997, l'OCAI, considérant qu'aucun nouvel élément ne permettait d'évaluer l'état de santé de façon autre que celle retenue par le TFA, a refusé d'entrer en matière sur la demande de réexamen du dossier.

7. L'assuré a interjeté recours le 18 juin 1997 contre ladite décision, alléguant que son état de santé s'était détérioré, que la maladie psychiatrique diagnostiquée par le Docteur B_____ dans son rapport du 13 janvier 1997 lui rendait impossible l'accomplissement de toute tâche professionnelle. Il a produit un autre rapport, émanant du Docteur D_____, neurologue, daté du 14 novembre 1998, qui préconise des examens complémentaires.

   Sur la base de ces éléments, le Docteur C_____ a proposé de mandater le Centre d'observation médical de l'AI (COMAI) afin d'évaluer les capacités de l'assuré.

8. Par jugement du 19 mars 1999, la Commission cantonale de recours AVS-AI a pris acte de cette proposition, admis le recours sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties et renvoyé la cause pour instruction complémentaire.

9. L'assuré a ainsi été examiné dans le cadre du COMAI de Lausanne les 24 et 25 octobre et 2 novembre 2000. Un rapport a été établi le 29 juin 2001. Il en résulte :

   - *du point de vue rhumatologique*, que l'assuré présente une symptomatologie ostéo-articulaire diffuse généralisée initialement lombo-sacrée s'étendant ensuite à la région cervicale survenue à la suite d'un traumatisme plutôt banal, sans mise en évidence de lésions traumatiques, ceci avec une prise en charge rapide. Selon l'expert rhumatologue, « on doit admettre une capacité de travail limitée pour toutes les activités nécessitant des mouvements de flexion-extension de la colonne cervicale, rotations, flexions latérales. Les travaux lourds sont également contre-indiqués. (…) Le patient n'est actuellement plus capable d'exercer la profession de maçon ou tous travaux lourds. Une reconversion professionnelle demeure théoriquement possible d'un point de vue rhumatologique et si l'on s'oriente vers des travaux légers ne nécessitant pas des positions statiques prolongées de la colonne cervicale, la capacité de travail devrait être d'au moins 50% (travail à la demi-journée) de préférence assise » ;

   - *du point de vue neurologique,* que l'assuré a une hyperréactivité généralisée à la percussion des muscles du tronc et des membres, des tendons des membres mais pas un syndrome cortico-spinal bilatéral. Il a d'autre part un canal cervical étroit de C3 à C7 probablement dégénératif sur discopathie sévère. Il n'y a cependant pas d'argument pour une myélopathie cervicale en l'absence d'hétérodensité du parenchyme médullaire, ce qui est appréciable probablement sur l'examen de

1999 et pas sur celui de 1997. On retient encore comme facteur « rhumatologique » les douleurs de nuque et de colonne surtout lombo-sacrée. Le tableau majeur est celui que l'on appelle actuellement syndrome somatoforme douloureux. En complément, l'expert neurologue revient sur sa position concernant l'atteinte cortico-spinale bilatérale et « précise que cette atteinte pourrait exister parallèlement à une hyper-excitabilité dans le cas de l'état de tension psychique et par rapport au tableau somatoforme. Comme il n'y pas de démonstration de parésie de troubles sphinctériens, cette atteinte cortico-spinale bilatérale sur myélopathie cervicale pourrait représenter un taux d'invalidité partiel de 25 à 30%. C'est dire qu'à mon avis l'évaluation psychiatrique reste plus importante que la neurologique » ;

- *du point de vue neurochirugical,* l'image de sténose du canal rachidien cervical important pourrait tout à fait occasionner un syndrome pyramidal. L'expert relève que l'examen physique est extrêmement difficile chez ce patient peu collaborant et extrêmement plaintif et ajoute que « dans le contexte très difficile de ce patient, où la symptomatologie algique prédomine nettement le tableau, rendant toute évaluation difficile, des arguments forts de progression d'une paraparésie devraient être présents avant qu'une opération ne puisse être envisagée. Dans ces circonstances, nous pensons que les personnes les mieux aptes à juger de cette progression sont, soit le Docteur D_____ qui suit le patient de longue date, soit le Docteur E_____ qui a déjà examiné une fois le patient ;

- *du point de vue psychiatrique,* les diagnostics posés sont ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. S'agissant de la suspicion d'un trouble factice, l'expert psychiatre révèle que la simulation répétée et cohérente de symptômes est le plus souvent interprétée comme un trouble des conduites visant à acquérir un statut de malade ou à présenter un comportement de malade. Les sujets qui ont ce mode de comportement présentent habituellement les signes de nombreuses autres anomalies de la personnalité et des relations interpersonnelles. Le médecin en conclut que «nous n'avons pas d'élément suffisant pour poser ce diagnostic et seule une enquête sociale pourrait confirmer ou non ce diagnostic». Elle considère par ailleurs, que l'on peut se référer aux tests psychologiques effectués lors de l'expertise du Docteur A_____ en 1994, selon lesquels seuls des traits abandonniques avaient pu être retenus, au vu de la très mauvaise collaboration de l'assuré.

Selon tous les experts, réunis en consilium, il s'agit soit d'un trouble somatoforme douloureux soit d'un trouble factice , étant précisé que « ce dernier diagnostic semble le plus probable, compte tenu de l'ensemble des documents à notre disposition et de nos constatations objectives (œdème du membre inférieur gauche factice, par contre pas d'élément expliquant les lombalgies) ». Ils relèvent par ailleurs que bien que le patient se présente en montrant une humeur triste et en

déclarant avoir des idées suicidaires, aucun élément objectif clair pour affirmer l'existence d'un état dépressif a été mis en évidence. Ils ont considéré qu'il n'y avait pas eu de changement de l'état psychique de l'assuré au cours des dernières années ; rien ne permettait de contester le diagnostic de sinistrose posé à plusieurs reprises et en particulier par le Docteur A_____. Selon les experts, l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle exigible de l'ordre de 60%, le facteur limitant étant représenté par les affections d'ordre rhumatologique uniquement dans le cadre de discopathie cervicale étagée. Les limitations dérivant du contexte neurologique et psychiatrique actuellement ne sauraient justifier une incapacité de travail supérieure à ce taux de 40%. Il s'agit bien entendu d'une capacité exigible dans le cadre d'une activité légère, adaptée, la profession habituelle de maçon étant contre-indiquée. Ils estiment que la capacité de travail a subi une réduction de 40% au moins au plus tard depuis le moment du diagnostic de discopathie cervicale étagée et de suspicion de syndrome pyramidal, c'est-à-dire depuis octobre 1997, le degré n'ayant pas évolué depuis lors.

10. Le 5 mai 2003, l'OCAI a informé la Caisse cantonale genevoise de compensation que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 60% dès le 1er octobre 1998, qu'il était en effet apparu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon, mais qu'elle pouvait être de 60% dans le cadre d'une activité légère adaptée, que la comparaison des gains avait été effectuée, qu'il en était résulté un degré d'invalidité de 59,7%.

11. Par décision du 9 septembre 2003, l'assuré a été, sur cette base, mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 1998, assortie d'une demi-rente pour enfant.

12. L'assuré a formé opposition à ladite décision. Il relève que dans l'appréciation générale de l'expertise COMAI, le diagnostic retenu par l'expert psychiatre, à savoir celui de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, avait été ignoré, que cependant ce diagnostic était le même que celui établi par le Docteur B_____ en 1997, qu'enfin le Docteur D_____ avait confirmé qu'il présentait toujours des troubles neurologiques et psychiques. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès lors qu'en sus de ses douleurs physiques, il souffre d'un état dépressivo-anxieux qui l'empêche de travailler. Du reste, s'il n'avait pu réaliser de stage d'observation professionnelle, c'était précisément en raison de ces troubles du comportement.

13. Par décision du 8 avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.

Le 19 avril 2004, l'assuré a été mis au bénéfice d'un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004, compte tenu de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI (art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

14. L'assuré a interjeté recours le 17 mai 2004.

15. Dans son préavis du 5 juillet 2004, l'OCAI conclut au rejet du recours.

16. L'assuré avait informé l'OCAI en février 2004 que le Docteur D_____ avait pris sa retraite et que son nouveau médecin traitant était le Docteur F_____. Entendu par le Tribunal de céans le 26 octobre 2004, celui-ci a confirmé suivre l'assuré depuis début 2003. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, présent depuis une dizaine d'années, précise que son patient souffre d'épisodes dépressifs caractérisés, notamment par une perte d'entrain, des idées noires, des velléités suicidaires, un sentiment de dévalorisation, qu'il a de la peine à verbaliser au niveau psychologique, que ses douleurs à la hanche et aux cervicales sont si importantes qu'il ne peut plus rien faire, qu'il reste toute la journée sans aucune activité, malgré la prise en charge médicale et médicamenteuse (antidépresseurs). Le Docteur F_____ a affirmé que son patient était incapable de travailler à 100%, quelle que soit l'activité envisagée.

    Les diagnostics retenus par l'expert psychiatre du COMAI lui ayant été lus, il dit y adhérer. Quant à la suspicion d'un trouble factice, tel que mentionné dans le rapport COMAI, le médecin déclare que « je n'ai pas quant à moi eu l'impression qu'il y avait simulation. Je crois au contraire à une souffrance authentique. Vu la symptomatologie psychiatrique, j'écarterais le diagnostic de sinistrose qui avait été posé par le Docteur A_____, ainsi que le trouble factice. Le patient m'apparaît comme étant hyper collaborant. Il est tellement souffrant qu'il accepte tout ce qui lui est proposé (démarches thérapeutiques et traitements médicamenteux). Je considère que le pronostic est très défavorable. Je rappelle que ce trouble dépressif récurrent existe depuis de nombreuses années déjà. Son état s'est chronicisé. Les antidépresseurs ne suffisent pas à apporter une quelconque amélioration ».

17. Dans ses conclusions après enquêtes datées du 16 novembre 2004, l'assuré relève qu'il existe aujourd'hui un indice concret permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation globale du COMAI, l'audition du Docteur F_____ permettant en effet une appréciation différente du cas.

18. Invité à se déterminer, l'OCAI rappelle que l'avis du Docteur A_____ s'était vu reconnaître pleine valeur probante à l'époque par le TFA dans son arrêt du 3 octobre 1996. Il souligne que le Docteur F_____ ne saurait être suivi lorsqu'il qualifie le trouble dépressif dont souffre l'assuré de comorbidité psychiatrique grave, au vu de la jurisprudence du TFA relative aux troubles somatoformes douloureux. L'OCAI persiste dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

19. Les écritures de l'OCAI ont été communiquées à l'assuré 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 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.

   Le recours, interjeté en temps utile, est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente entière AI, et plus particulièrement sur le taux d'invalidité.

5. 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, teneur en vigueur au 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins.

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).

6. En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI du 29 juin 2001, l'OCAI a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle exigible de 60% dans le cadre d'une activité adaptée.

Pour rendre leurs conclusions, les experts du COMAI ont procédé à un examen clinique complet du recourant et se sont adjoints les services d'un rhumatologue, le Docteur G_____, d'un neurologue, le Professeur H_____, d'un neurochirurgien, le Docteur I_____ et d'une psychiatre, la Doctoresse J_____.

Selon le rhumatologue, une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité ne nécessitant pas des positions statiques prolongées de la colonne cervicale devrait être exigible. Selon la psychiatre, le recourant présente un syndrome douloureux somatoforme persistant, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Elle a cependant renoncé à fixer un taux d'incapacité de travail, considérant qu'une enquête sociale était nécessaire pour se prononcer et clarifier le diagnostic.

Les experts du COMAI ont ainsi retenu les diagnostics d'atteinte cortico-spinale bilatérale sur myopathie cervicale (canal cervical étroit sur discopathie étagée de C3 à C7) et trouble factice. Ils ont écarté l'avis du psychiatre, estimant qu'une enquête sociale n'était pas nécessaire pour confirmer le diagnostic de trouble factice, les éléments à disposition étant suffisamment éloquents. Les médecins sont unanimes pour reconnaître à l'assuré une incapacité totale de travail dans sa profession habituelle de maçon, et ont estimé la capacité de travail résiduelle à 60%, dans le cadre d'une activité légère et adaptée, le handicap provenant

d'affections d'ordre rhumatologique uniquement, dans le cadre de discopathie cervicale étagée, étant précisé que les limitations dérivant du contexte neurologique et psychiatrique en l'état ne justifiaient pas un taux supérieur.

Le consilium du COMAI a en effet conclu à l'absence d'éléments objectifs clairs permettant d'affirmer la présence d'un état dépressif, se fondant sur le fait que le patient n'a jamais eu ni suivi psychiatrique ni prescription de médicaments psychotropes. Les experts sont d'avis que rien ne permet de contester le diagnostic de sinistrose en particulier posé par le Docteur A_____ dans son expertise de 1994. Ils n'ont pu relever aucun élément démontrant un changement de l'état psychique de l'assuré au cours des dernières années. Ils soulignent au surplus le caractère caricatural du comportement et de la présentation du patient, en contradiction avec la possibilité de conduire sa voiture jusqu'au Portugal et la constatation objective d'un trouble factice bien documenté (œdème au membre inférieur gauche suite à la pose d'un garrot).

7. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation

divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Selon la jurisprudence, 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. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La CEDH a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la CEDH, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1 CEDH qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

8. Il n'y a en l'occurrence pas lieu de s'écarter de l'expertise du COMAI, laquelle répond en tous points aux exigences posées par la jurisprudence pour revêtir une pleine valeur probante.

Il est vrai que le Docteur F_____ nouveau médecin traitant, atteste quant à lui une incapacité totale de travail niant au surplus l'existence d'un trouble factice. Toutefois, selon la jurisprudence du TFA, le médecin 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 2000 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 privilégie que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et le références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

9. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). 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 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (ATF 130 V 352 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 qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; ULRICH MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). 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 (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). 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, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 comorbité 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

10. Selon le Docteur F_____, le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent moyen. Or, ce diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le TFA, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid, 3.3.1 in fine ; MEYER-BLASER, op. cit., p. 81, note 135).

Reste à examiner la présence éventuelle des autres critères retenus par le TFA, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme. On ne saurait contester le fait que le processus maladif perturbe depuis de nombreuses années le recourant, le Docteur F_____ a à cet égard clairement

affirmé que l'état de santé s'était chronicisé. Divers facteurs permettent cependant de conclure, à l'instar des experts du COMAI, que l'assuré, au demeurant encore relativement jeune, dispose des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et réintégrer en partie tout au moins le monde du travail. Bien que déclarant vivre replié sur lui-même, ne sortant pratiquement pas de chez lui, il a en effet conservé le contact avec un ami compatriote qu'il voit de temps en temps et il retourne dans son pays d'origine en voiture. On ne peut pas non plus considérer que son état psychique soit cristallisé, n'ayant jamais eu de suivi psychiatrique ni prescription de médicaments psychotropes au moment où la décision litigieuse a été rendue. Ce n'est en effet qu'à partir de février 2004, date à compter de laquelle il a consulté le Docteur F_____, qu'une prise en charge médicale et médicamenteuse (antidépresseurs). Il serait ainsi prématuré de conclure à l'échec de mesures thérapeutiques à la date à laquelle l'OCAI a rendu sa décision.

Force est en conséquence de conclure que les critères retenus par le TFA pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas réunis avec l'intensité et la constance exigées.

Une incapacité de travail de 60% doit ainsi être retenue dans le cadre d'une activité légère et adaptée.

11. Le calcul de comparaison des gains auquel a procédé l'assurance-invalidité, au demeurant non contesté par le recourant, est conforme aux dispositions légales et règles applicables. Aussi la décision accordant un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004 doit-elle être confirmée, compte tenu d'un degré d'invalidité de 60%.

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. 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

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