

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1329/2005

ATAS/9852005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 15 novembre 2005

En la cause

Monsieur A _____, représenté par l'Association suisse des _____ recourant
assurés (ASSUAS)
dans les bureaux de laquelle il élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis
rue de Lyon 97 à Genève

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Isabelle DUBOIS, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur A _____, né le 1^{er} avril 1954 au Kosovo, a travaillé en qualité de peintre en bâtiments auprès de divers employeurs, depuis son arrivée en Suisse en 1988.
2. Le 28 juillet 2000, alors qu'il venait d'être engagé par l'entreprise X _____ SA, l'intéressé a été victime d'un accident de travail, en chutant du premier étage d'un échafaudage. L'accident s'est soldé par un traumatisme thoracique et crânien, sans perte de connaissance. L'intéressé ayant été mis en arrêt de travail, selon le certificat initial établi en date du 30 juillet 2000 par le Dr B _____ de la permanence médicale de l'Hôpital de La Tour, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) a servi les prestations d'assurance (indemnités journalières et prise en charge des traitements médicaux) à partir du 31 juillet 2000. L'employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 septembre 2000.
3. Le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a prolongé les arrêts de travail. Dans son rapport intermédiaire à l'intention de la SUVA, du 20 novembre 2000, il a exposé que son patient souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique, pour lequel il suivait un traitement auprès du Centre de thérapies brèves à Carouge (ci-après : CTB), ainsi que de douleurs non systématisées, surtout au niveau de la région cervicale.
4. Par décision du 20 mars 2001, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance. Selon le rapport du Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, du 24 janvier 2001, les douleurs lombaires dont se plaignait l'assuré trouvaient leur origine dans un premier accident de travail intervenu au mois d'août 1998, lors duquel l'assuré avait chuté d'une échelle, le statu quo sine ayant été atteint au mois de juillet 1999. Quant aux autres troubles dont se plaignait l'assuré, ils n'avaient pas non plus de relation avec l'accident de juillet 2000. S'agissant du volet psychique, la SUVA a retenu, après avoir recueilli l'avis du CTB qui avait posé comme diagnostic un état de stress post-traumatique, que l'accident n'avait pas atteint le degré de gravité requis par la jurisprudence. La décision de la SUVA n'a en définitive pas été contestée par l'assuré, qui a retiré, en date du 27 juin 2002, l'opposition formée le 11 avril 2001.
5. Alléguant un état dépressif en relation avec l'accident de juillet 2000, l'intéressé a déposé, en date du 4 décembre 2002, une demande de prestations auprès de l'office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. A cette occasion, il a notamment indiqué qu'il était toujours suivi par le Dr Stefan C _____, son médecin traitant, et qu'il avait été traité, précédemment, par le Dr E _____, s'agissant de la « dépression », ainsi que par le Dr F _____, de l'Hôpital de La Tour, et par le Dr G _____.

6. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a notamment interpellé le médecin traitant de l'intéressé qui a indiqué, dans son rapport du 14 janvier 2003, que son patient souffrait d'un état dépressif depuis l'année 2000, d'un probable alcoolisme, de lombosciatalgies chroniques, d'insuffisance veineuse stade II et d'un probable traumatisme acoustique chronique. A son avis, ces troubles affectaient la capacité de travail de son patient qui n'était plus en mesure d'effectuer son activité de peintre en bâtiments. Seule une activité très légère pouvait être envisagée.
7. L'OCAI a collecté l'ensemble des avis et rapports médicaux établis par les médecins consultés par l'intéressé avant le dépôt de la demande. Il ressort ainsi du rapport adressé le 5 juillet 2001 au Dr E_____ par le Dr Serge G_____, spécialiste FMH en neurologie, que l'intéressé se plaignait d'un acouphène continu de faible importance ainsi que d'un acouphène plus occasionnel mais plus intense au niveau de l'oreille droite, d'une durée de moins d'une minute, mais associé à un sentiment de malaise et à une perte de l'audition. Le patient se plaignait aussi de vertiges et de douleurs lombaires. L'examen effectué par le Dr G_____ a mis en évidence que le patient présentait une hypoacousie relative droite, éventuellement en relation avec un comblement de l'oreille droite, ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral sans élément sciatalgique clinique. A la demande du Dr G_____, l'intéressé a été examiné par le Dr H_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, en date du 18 juillet 2001. Le Dr H_____ a relevé dans son rapport du 19 juillet 2001 que les scanners effectués à l'Hôpital de La Tour après l'accident du 28 juillet 2000 n'avaient mis en évidence aucune anomalie. Il a aussi constaté que l'examen oto-neurologique était dans les normes, un traumatisme acoustique chronique étant probable. Sur la base du status oto-neurologique, le Dr H_____ a conclu qu'il n'y avait pas d'explications quant aux vertiges dont se plaignait le patient. Enfin, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne – angiologie, a diagnostiqué, dans son bilan veineux des membres inférieurs adressé au Dr C_____ le 28 novembre 2002, une varice tronculaire de la saphène interne gauche, symptomatique, avec insuffisance veineuse chronique déjà avancée.
8. Sur la base de ces éléments, l'OCAI a sollicité, en date du 27 mars 2003, l'avis sans examen clinique du service médical régional AI (ci-après : SMR Léman). Dans son rapport du 14 juillet 2003, le Dr J_____ du SMR Léman a indiqué qu'il existait des zones d'ombre s'agissant notamment du rôle de l'alcoolisme et du suivi psychiatrique. Il a conclu qu'il était nécessaire d'obtenir des précisions complémentaires à cet égard, ce que l'OCAI a fait.
9. En date du 13 août 2003, le Dr C_____ a répondu à l'OCAI que son patient avait été hospitalisé pour un infarctus. Selon le rapport établi par les HUG en date du 31 juillet 2003, l'intéressé avait été hospitalisé du 23 au 30 juillet 2003 à la suite d'un infarctus inférieur sur occlusion de la coronaire droite. Celle-ci avait été désobstruée avec succès, sans complication, au cours d'une angioplastie avec

pose de stent. Le Dr C_____ a aussi indiqué qu'il y avait une bonne évolution pour les varices, une intervention ayant eu lieu le 6 mai 2003. Quant au suivi psychiatrique, le Dr C_____ a précisé qu'il ne disposait d'aucun rapport médical, le Dr E_____, de la Consultation psychiatrique de la Jonction, ayant assuré le suivi psychiatrique. Interpellée une seconde fois, la Consultation de la Jonction a répondu que le patient n'était pas connu en psychiatrie.

10. En date du 4 septembre 2003, l'OCAI a sollicité à nouveau l'avis du SMR Léman suite au complément d'information. Dans sa détermination du 9 mars 2004, le SMR Léman a considéré que, compte tenu des différentes pathologies qui entraient en ligne de compte, tant de nature physique que psychique, une expertise pluridisciplinaire s'avérait nécessaire pour déterminer la capacité de travail exigible. Le 11 mai 2004, l'OCAI a confié au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité à Genolier (ci-après : le COMAI) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Informé le même jour de la mise en œuvre de cette mesure d'instruction, l'intéressé ne s'y est pas opposé. Il s'est rendu au COMAI le 23 septembre 2004, et a été examiné par le Dr K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, par le Dr L_____, spécialiste FMH en cardiologie, et par le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Par courrier du 22 octobre 2004, le COMAI a informé l'intéressé qu'il allait être convoqué par le cabinet du Dr N_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie pour un examen.
11. Le COMAI a établi son rapport d'expertise en date du 7 décembre 2004. Sur le plan rhumatologique, les experts ont considéré que les douleurs alléguées étaient d'origine exclusivement algo-dysfonctionnelle dès lors qu'aucune lésion anatomique n'avait pu être mise en évidence. Par ailleurs, ces douleurs étaient modérées et ne se manifestaient que de manière occasionnelle ; elles ne pouvaient par conséquent justifier aucune incapacité prolongée de travail, encore moins une invalidité permanente. Selon les experts, le patient ne présentait aucune anomalie sur le plan général neurologique, ORL et somatique, le rapport d'expertise ne faisant toutefois pas référence à l'examen du Dr N_____, qui aurait dû intervenir postérieurement à celui effectué par les médecins du COMAI. Sur le plan cardio-vasculaire, l'échographie cardiaque a mis en évidence une fonction ventriculaire gauche normale ne présentant aucune séquelle visible d'infarctus, de même qu'une absence de valvulopathie. Le test d'effort a aussi révélé une aptitude physique considérée comme bonne pour l'âge et l'absence d'ischémie manifeste. Le comportement tensionnel a été jugé adéquat sous traitement. Le COMAI a ainsi conclu que du point de vue cardiologique, il n'y avait aucune contre-indication à la poursuite d'une activité physique. Enfin, du point de vue psychique, le patient ne présentait aucun signe objectif de psychopathologie. Après l'accident de travail de juillet 2000, un suivi psychiatrique de quelques mois avait eu lieu, le patient ayant mis fin au traitement au printemps 2001 car il ne supportait pas les médicaments

prescrits. Au moment de l'expertise, les plaintes subjectives importantes de l'intéressé n'étaient pas corrélées à des signes objectifs, l'intéressé présentant un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée, correspondant au trouble anxieux et dépressif mixte de la CIM-10 (F41.2). Ce trouble a été jugé d'intensité légère et non invalidant. Le COMAI a également estimé qu'il existait une probable dépendance à l'alcool, le dosage CDT de 10.1% étant compatible avec une consommation régulière d'alcool (>60g/jour pendant 2 semaines). Cette dépendance (F10.2 selon la CIM-10) a aussi été jugée non invalidante. Globalement, les experts du COMAI ont retenu que les diagnostics posés n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé.

12. Après avoir pris connaissance de l'expertise établie par le COMAI et de l'ensemble du dossier médical, le SMR Léman a retenu, dans son rapport d'examen du 11 janvier 2005, que les différentes atteintes à la santé que présentait ou avait présenté l'intéressé n'avaient pas de valeur d'atteinte invalidante, étant donné qu'elles n'avaient ni entraîné d'incapacité de travail dépassant une année ni conditionné de limitations fonctionnelles durables incompatibles avec l'activité exercée.
13. Par décision du 2 février 2005, l'OCAI a refusé toute prestation, au motif qu'au vu de l'ensemble du dossier médical l'intéressé ne présentait aucune atteinte à la santé somatique ou psychiatrique susceptible de limiter sa capacité d'exercer à plein-temps l'activité habituelle de peintre en bâtiments.
14. Représenté par l'ASSUAS, l'intéressé a formé opposition en date du 7 mars 2005; il a fait valoir que son médecin traitant considérait que l'ensemble des pathologies en cause justifiait une invalidité à tout le moins partielle (certificat médical du Dr C_____ du 24 février 2005). Il a aussi relevé que les deux accidents de travail survenus en 1998 et 2000 étaient justifiés par des malaises vagues qui rendaient la poursuite d'une activité professionnelle dangereuse.
15. Dans la décision sur opposition du 24 mars 2005, l'OCAI a maintenu le refus de prestations, en rappelant que l'ensemble du dossier médical et en particulier l'expertise du COMAI mettaient en évidence que l'état de santé de l'intéressé était compatible avec la poursuite de son activité habituelle de peintre en bâtiments.
16. Par l'intermédiaire de l'ASSUAS, l'intéressé a interjeté recours en date du 26 avril 2005 auprès du Tribunal de céans. Le recourant conteste les conclusions formulées dans l'expertise du COMAI, en raison de la position particulière que ces experts occupent vis-à-vis de l'OCAI. Il allègue aussi une dégradation de son état de santé depuis l'expertise. Il produit à cet égard deux nouveaux certificats établis par le Dr C_____ en date des 30 mars et 20 avril 2005, faisant état d'une augmentation de la consommation d'alcool. Le recourant conclut, préalablement, à ce qu'une expertise médicale indépendante soit ordonnée. Sur le fond, il sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

17. Dans sa détermination du 25 mai 2005, qui a été communiquée au recourant en date du 6 juin 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

b. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 24 mars 2005, de même que la décision de refus de prestations AI du 2 février 2005, sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications du 21 mars 2003 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (l'accident de travail qui d'après le recourant serait à l'origine de son invalidité ayant eu lieu le 28 juillet 2000 et la demande d'invalidité ayant été déposée le 5 décembre 2002), et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). On ajoutera toutefois que les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent

leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 345, consid. 3.4; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05; consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c. En ce qui concerne en revanche 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 1^{er} 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.

d. 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.

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

e. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que le recourant n'était pas invalide au sens de la loi.
3.
 - a. L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI combiné avec l'art. 8 LPGA dans leur teneur valable depuis le 1^{er} janvier 2003 ; voir aussi art. 4 LAI dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de la loi, l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 première phrase LAI dont la teneur n'a été modifiée ni par l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003, ni par l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de l'AI, le 1^{er} janvier 2004). Le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI et 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI et 6 LPGA).
 - b. 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 294, consid. 5a). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, le cas échéant, 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

c. Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des celles-ci. Il doit ainsi 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 liquider 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF non publié I 483/02 du 6 juin 2003, consid. 5.1).

d. Lorsque l'administration confie des expertises à des spécialistes externes reconnus, le juge peut, dans le cadre de l'appréciation des preuves, leur reconnaître une pleine force probante dans la mesure où celles-ci se fondent sur des examens complets ainsi qu'une étude fouillée du dossier et qu'il n'existe pas non plus d'indices concrets qui permettraient de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Cette jurisprudence est pareillement applicable lorsqu'un office AI aménage une expertise auprès d'un centre spécialisé indépendant tel que le COMAI (ATF non publié I 415/98 du 21 mars 2000, consid. 2b). En outre, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. a. En l'espèce, l'OCAI a collecté l'ensemble des avis et rapports établis par les médecins ayant préalablement examiné l'intéressé. Il a ensuite confié au COMAI le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire en vue d'évaluer l'état de santé et la capacité de gain de l'assuré. Il y a lieu à cet égard d'observer que le reproche d'absence d'indépendance des experts du COMAI vis-à-vis de l'OCAI, formulé par le recourant de manière très générale et non étayée, est infondé et contredit la jurisprudence qui considère précisément qu'une expertise établie par un centre de type COMAI a pleine valeur probante, si elle remplit aussi les autres conditions (cf. *supra* consid. 3d et ATF non publié I 415/98 du 21 mars 2000, consid. 2b).

b. Il ressort du rapport d'expertise que l'examen somatique a mis en évidence un bon état général du patient. Les experts ont constaté que, hormis quelques points douloureux du rachis d'allure algo-dysfonctionnelle banale et des séquelles d'une épaule droite gelée, les examens neurologique et ostéo-articulaire pouvaient être considérés dans les limites de la norme. Les douleurs dont se plaignait le patient étaient modérées et ne se manifestaient qu'occasionnellement. Elles ne reposaient sur aucune lésion anatomique. S'agissant encore des céphalées occasionnelles, elles pouvaient trouver une explication probable dans une pansinusite chronique hyperplasique. Sur le plan rhumatologique et neurologique, les experts du COMAI ont ainsi conclu à l'absence de troubles ayant une influence sur la capacité de travail du recourant. Ces conclusions concordent en substance avec celles formulées par le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui avait considéré que s'agissant des douleurs lombaires, qui avaient fait leur apparition en 1998, la guérison était intervenue en juillet 1999. Quant au Dr G _____, neurologue, qui avait examiné le recourant en juillet 2001, il avait aussi retenu un syndrome lombo-vertébral sans élément sciatalgique clinique.

c. En ce qui concerne les vertiges, le Tribunal constate que le COMAI ne fait aucune référence dans son rapport à l'examen du Dr N _____, le médecin ORL qui était censé examiner le recourant à la demande des médecins du COMAI. Toutefois, les examens neurologique et ORL auxquels le recourant avait été soumis au mois de juillet 2001 (Drs G _____ et H _____) et dont les résultats ont été pris en compte dans le rapport d'expertise, avaient exclu toute indication oto-neurologique à l'origine des vertiges allégués ; des investigations supplémentaires n'étaient par conséquent pas nécessaires, ce d'autant plus que le médecin traitant n'a pas non plus diagnostiqué des troubles de nature somatique pour expliquer les vertiges et que le COMAI a constaté une sphère ORL calme.

d. Sur le plan cardiologique, après un examen approfondi, les experts ont constaté que le patient ne présentait aucune séquelle en relation avec l'infarctus de 2003. De manière plus générale, toutes les fonctions contrôlées se sont avérées normales et il n'a été constaté aucune affection. Le test d'effort a aussi révélé une aptitude physique considérée comme bonne pour l'âge et l'absence d'ischémie manifeste. Le comportement tensionnel a été jugé adéquat sous traitement. Ces constatations trouvaient d'ailleurs une confirmation dans le rapport du 31 juillet 2003 établi par les HUG, qui précisait que la désobstruction de la coronaire droite s'était déroulée sans complications et s'était terminée avec succès.

e. En résumé, du point de vue rhumatologique, neurologique et cardiologique, le COMAI a conclu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans le métier de peintre en bâtiments, les douleurs chroniques étant occasionnelles et modérées et la situation cardiaque ne présentant aucune contre-indication à une activité physique. Quant aux autres troubles dont se plaignait l'intéressé, notamment les céphalées et vertiges, ils n'étaient pas d'origine somatique.

5. a. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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.

b. L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 294 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). En effet, les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATF non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

c. S'agissant plus particulièrement des dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, la jurisprudence constante considère qu'elles ne constituent pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elles jouent un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elles ont provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elles résultent elles-mêmes d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (cf. ATF non publié I 731/02 du 23 juillet 2003; VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).

6. a. En l'espèce, le COMAI a aussi procédé à un examen psychiatrique. S'agissant de l'anamnèse, il ressort du rapport d'expertise que le recourant se plaignait de douleurs diffuses, de sensations vertigineuses, d'un manque d'envie et d'énergie

générale, de ruminations soucieuses; il souffrait aussi de fatigue et d'insomnie. Il a déclaré passer ses journées à la maison, sortant un peu pour aller faire les commissions ou rencontrer des amis. C'est d'ailleurs à l'occasion de ses sorties avec les amis ou avec son épouse qu'il consommerait une bière de manière occasionnelle. A la suite de l'accident de juillet 2000, il a eu un suivi psychiatrique entre octobre 2000 et le printemps 2001, le recourant ayant mis fin au traitement parce qu'il ne supportait pas les médicaments que lui prescrivait le psychiatre. Pour sa part, l'expert a relevé que le patient se présentait comme un homme faisant son âge, en bon état général. Il n'y avait pas de ralentissement moteur et le débit verbal était fluide, bien qu'avec une tonalité un peu monotone ; il n'y avait pas d'évidence de fatigabilité intellectuelle après 1h.30 d'entretien. Compte tenu des plaintes subjectives importantes non corrélées à des signes objectifs, le psychiatre a conclu à un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée, correspondant au trouble anxieux et dépressif mixte de la CIM-10 (F41.2), qualifié de non invalidant. Une probable dépendance à l'alcool a été également diagnostiquée (le dosage CDT de 10.1% était compatible avec une consommation régulière d'alcool supérieure à 60g/jour pendant deux semaines) ; celle-ci n'a pas non plus été considérée comme invalidante. Le COMAI en a conclu que les troubles modérés dont souffrait l'intéressé ainsi que la probable consommation d'alcool n'affectaient pas la capacité de gain du recourant dans le métier de peintre en bâtiments.

b. Ces conclusions ne sont pas critiquables et ne sont d'ailleurs contredites par aucune autre évaluation psychiatrique, le rapport du CTB du 15 février 2001 se bornant à faire état d'un état de stress post-traumatique suite à l'accident de travail du 20 juillet 2000 et d'un arrêt de travail de trois semaines du 2 au 23 octobre 2000. De manière générale l'intéressé ne connaît pas de problèmes psychiques nécessitant de soins particuliers. Force est donc de conclure que les troubles observés ne sont pas suffisamment graves pour affecter la capacité de gain du recourant dans la profession de peintre en bâtiments. Quant à la probable dépendance à l'alcool, elle n'affecte pas la capacité de gain du recourant et elle n'est pas non plus invalidante au sens de la jurisprudence évoquée ci-dessus, dès lors qu'il n'est ni allégué ni constaté qu'elle aurait provoqué une maladie ou un accident entraînant une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou qu'elle résulterait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie. La simple référence, dans l'expertise du COMAI, à un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée ne permet pas de conclure à l'existence d'une telle maladie, ce d'autant plus que la probable dépendance à l'alcool n'affecte pas la capacité de gain de l'intéressé.

c. Le point de vue du médecin traitant, le Dr C _____, selon lequel son patient souffrirait d'une dépression réactionnelle et d'un alcoolisme sévère justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100% constitue un avis isolé qui n'est pas de nature à faire douter du bien-fondé des conclusions des médecins du COMAI. En effet, le Dr C _____ n'est pas un

spécialiste en psychiatrie. Par ailleurs, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références).

7. En tant que les experts font état de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques, le Tribunal de céans ajoute, au besoin, qu'aucune des pièces médicales versées au dossier ne permet de se convaincre que l'on se trouve en présence d'un trouble somatoforme invalidant au sens de la jurisprudence récente (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2. sv.); d'une part, les douleurs dont se plaint le recourant sont d'intensité modérée et ne sont donc pas invalidantes; d'autre part, l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de sa part, il ne subit pas de perte d'intégration sociale, pas plus qu'il n'y a lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.
8. Enfin, s'agissant de l'allégation selon laquelle la consommation d'alcool du recourant aurait augmenté depuis l'expertise effectuée par le COMAI, le Tribunal de céans constate que les certificats médicaux établis par le Dr C _____ en date des 30 mars et 20 avril 2005 sont postérieurs à la décision litigieuse de sorte qu'ils ne peuvent, en principe, pas être pris en compte dans la présente procédure; en effet le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b). Par ailleurs, il y a lieu d'observer que l'avis du médecin traitant, exprimé de manière très succincte, n'est corroboré par aucun examen médical. Enfin, au vu de la jurisprudence évoquée ci-dessus, une éventuelle augmentation de la consommation d'alcool n'a pas nécessairement d'influence sur les droits du recourant en matière d'assurance-invalidité.

Le recourant a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande, s'il estime que sa situation s'est modifiée postérieurement à la décision sur opposition du 24 mars 2005, de manière à influencer ses droits.

9. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions de l'expertise du COMAI, basées sur une observation clinique attentive du recourant ainsi que sur les plaintes exprimées par celui-ci et, établies en pleine connaissance de l'anamnèse, remplissent toutes les exigences requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a et 353 sv. consid. 3b/ee et les références). Dans la mesure où la décision querellée repose sur un examen complet de l'état de santé du recourant, en particulier sur les nombreuses pièces médicales du dossier et sur les conclusions de l'expertise du COMAI qui atteste d'une capacité de travail

globale entière dans le métier de peintre en bâtiments, c'est à bon droit que l'OCAI a refusé les prestations de l'assurance-invalidité. La décision dont est recours doit aussi être confirmée en tant qu'elle constate que le recourant n'a pas non plus souffert d'une atteinte à la santé invalidante influençant sa capacité de gain, pendant une année sans interruption notable.

Mal fondé, 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. 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).

La greffière

La présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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