



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1449/2002

ATAS /368/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 17 décembre 2003

8ème Chambre

En la cause

Monsieur S_____, représenté par l'Hospice général, Me Valérie ROSSI-BERTONI, case postale 356, 1211 Genève 3, recourant

Contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, case postale 266, 1211 Genève 4, intimé

**Siégeant : Monsieur Jean-Louis BERARDI, Président, Madame Teresa SOARES et
Monsieur Philippe CARRUZZO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, ressortissant portugais, né le 17 août 1950, sans formation professionnelle spécifique, titulaire d'un permis d'établissement (type C), a travaillé à plein temps en tant que maçon du 31 août 1986 au 1^{er} janvier 1999. Il a toujours vécu seul à Genève, son épouse et leurs trois filles étant restées au Portugal (fourre 5, pièces 2 et 6, dossier OCAI). En raison de douleurs dorsales, l'intéressé a présenté une incapacité de travail complète dès le 25 janvier 1999 (fourre 4, pièce 6, dossier OCAI). L'assurance collective pour perte de gain de l'employeur a pris en charge son cas jusqu'au 15 janvier 2001. Depuis le 1^{er} février 2001, il émarge à l'assistance de l'Hospice général (mémoire de recours, p. 2 ; fourre 2, pièce 7, fourre 3, pièce 15, p. 9, dossier OCAI).
2. Dans un rapport médical du 11 juin 1999, le docteur A _____, médecin-conseil de l'assurance collective, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué une protrusion discale médiane importante en L3-L4 et L4-L5 et une probable hernie discale paramédicale gauche en L5-S1. Il a également constaté des éléments en faveur d'un canal lombaire rétréci. Le praticien a par ailleurs confirmé l'incapacité totale de travailler de l'assuré. Il a encore préconisé de tenter au plus vite une reconversion professionnelle, tout en estimant l'avenir professionnel de ce patient « *fort sombre s'agissant d'un travailleur de force* » (fourre 4, pièce 5, dossier OCAI).
3. Dans ce contexte, l'assuré a déposé le 29 septembre 1999 une demande de prestations en vue de l'octroi d'une rente auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) (fourre 2, pièce 1, dossier OCAI).
4. Dans son rapport médical du 14 novembre 1999, la doctoresse B _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics suivants, fondés en particulier sur les rapports des docteurs C _____ (18 mars 1999) et D _____ (28 janvier 1999), radiologues, du docteur E _____, cardiologue (28 janvier, 9 avril et 27 mai 1999), et du docteur F _____,

spécialiste FMH en neurochirurgie (8 et 22 mars 1999) : « 1). *Cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne CD lombaire et sur protrusions discales étagées au niveau L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1.* 2). *Lombosciatalgies aiguës gauches à répétition.* 3). *Lombalgies chroniques sur probable instabilité lombaire (glissement antérieur de L2 par rapport à L3) et sur canal lombaire étroit.* 4). *Status post-cure pour hernie discale L5-S1 gauche en 1992.* 5). *Arythmie cardiaque, insuffisance mitrale.* 6) *Etat anxio-dépressif.* 7). *Epigastralgie sur gastrite aiguë.* 8). *HTA* ». Selon la praticienne, l'état de santé du patient allait en s'aggravant. L'incapacité de travail était complète dans son métier de maçon depuis le 25 janvier 1999. Outre des mesures professionnelles en faveur de l'intéressé, elle préconisait un travail léger, n'impliquant pas le port de charges supérieures à 1 kg, dans une autre profession, à raison de deux heures environ par jour (fourre 3, pièces 6 et 7, dossier OCAI).

5. Dans une note du 3 avril 2000, le docteur G _____, médecin-conseil de l'AI, a posé le diagnostic de lombo-sciatalgie gauche chronique ; status post opération pour hernie discale L4-L5 avec sciatique L5 gauche déficitaire en 1992 ; gastrite ; état anxio-dépressif. Il a préconisé une réorientation professionnelle et a proposé d'élucider, au moyen du rapport médical AI ad hoc, les capacités professionnelles de l'assuré auprès du docteur F _____ (fourre 3, pièce 9, dossier OCAI).
6. Dans son rapport du 13 avril 2000, le docteur F _____ a diagnostiqué en particulier un syndrome lombaire chronique, susceptible d'amélioration. Il a en outre estimé que des mesures professionnelles étaient indiquées pour améliorer la capacité de travail de l'intéressé, dans une activité adaptée, nécessitant peu d'effort et autorisant un changement de position. Ce praticien a par ailleurs indiqué qu'il ne disposait pas d'informations suffisantes dans son dossier pour remplir le rapport médical concernant les capacités professionnelles et a invité l'OCAI à s'adresser sur ce point au médecin traitant de l'assuré. Enfin, selon lui, au vu de la longueur et de la chronicité de l'évolution de l'état de santé du patient, une réintégration professionnelle paraissait illusoire (fourre 3, pièce 10, dossier OCAI).

-
7. Sur la base de ce document, l'OCAI a retenu que le métier de maçon n'était plus adapté à l'état de santé de l'assuré. Il a par ailleurs mis en œuvre une expertise multidisciplinaire auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI), afin de déterminer, d'une part, si les limitations fonctionnelles de l'intéressé lui permettaient de travailler dans une activité légère et si, d'autre part, il existait un état de sinistrose (fourre 3, pièce 11, dossier OCAI).
8. Dans leur rapport d'expertise du 30 novembre 2001, les médecins du COMAI ont posé les diagnostics suivants :

« *Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail*

- *Trouble somatoforme douloureux sous forme de lombosciatalgies gauches et cervicalgies (F45.4)*
- *Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1)*
- *Etat anxieux (F41.1)*

« *Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail*

- *Troubles statiques modérés dorso-lombaires*
- *Troubles dégénératifs cervicaux et lombaires bas modérés*
- *Tachycardie sinusale traité*
- *Status après cure de hernie L4-L5 gauche déficitaire en 1992*
Status après excision d'un polype en 2000 (histologie normale ».

(rapport pp. 13 et 14)

Selon le bilan radiologique effectué le 13 août 2001 dans le cadre de cette expertise, l'ensemble des éléments objectifs constatés ne semblait pas pouvoir expliquer à eux seuls l'importance des douleurs dont se plaignait l'assuré, douleurs altérant par ailleurs de manière significative son fonctionnement professionnel et social. Cet élément, ainsi que la présence de facteurs psychologiques jouant un rôle dans la persistance du syndrome algique, a conduit le rhumatologue (docteur H _____) à retenir le diagnostic de probable syndrome somatoforme persistant (rapport p. 12).

Au COMAI, le patient a également été examiné par un psychiatre, le docteur I _____. Ce praticien a diagnostiqué un probable syndrome douloureux somatoforme persistant, sans mise en évidence « *de signes florides de la ligne psychotique, ni de troubles du cours de la pensée* ». Il a également constaté que l'intéressé parlait mal le français et ne paraissait pas comprendre toutes les questions posées (rapport pp. 12 et 13).

En conclusion, d'un point de vue « *global* » (souligné par les auteurs), tenant compte des données rhumatologiques et psychiatriques, les spécialistes ont estimé à 0% la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son ancienne activité de maçon (en raison des limitations en relation avec les troubles dégénératifs) et à 50% dans une activité adaptée (en raison du vécu douloureux chronique et des troubles de l'humeur). Expliquant que l'état dépressif de l'intéressé avait été également évoqué par son médecin traitant dans un entretien téléphonique, les experts ont retenu qu'il n'existait, en définitive, pas de différence de diagnostic tant au niveau somatique que psychiatrique. Ils ont en revanche noté une discordance concernant leur évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée (50%) par rapport à celle du médecin traitant (2 heures par jour). A cet égard, ils ont exposé avoir l'impression que l'assuré disposait encore de ressources adaptatives, dans la mesure où, d'une part, celui-ci souhaitait pouvoir retrouver une activité professionnelle adaptée et où, d'autre part, son état dépressif n'était pas encore traité.

Les spécialistes du COMAI ont encore retenu la présence de facteurs de mauvais pronostic, à savoir la durée de l'incapacité de travail, les problèmes liés à l'immigration, l'éloignement de son épouse et ses enfants, notant à ce dernier propos « *l'important isolement* » qui en découlait pour l'intéressé. Ils ont toutefois relevé la présence d'un certain nombre de ressources, comme le maintien d'un rythme de vie, avec bonne organisation des journées, sorties quotidiennes, présence malgré tout d'un membre de sa famille à Genève. Par ailleurs, tout en estimant que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures d'ordre professionnel et qu'un reclassement professionnel n'était pas judicieux en l'espèce, les experts ont indiqué que les limitations dues au « *problème de dos* » ne permettaient pas à l'assuré de

travailler debout ou assis, ni de porter des charges supérieures à 15 kg, ni encore d'effectuer de travaux lourds, et « *ceci à un taux raisonnablement exigible de 50%* ». En outre, ils ont exclu un état de sinistrose chez l'intéressé, expliquant n'avoir pas eu de raison de douter de la sincérité de ses déclarations. Ils n'ont pas non plus mis en évidence de discordance en l'occurrence et ont relevé « *seulement deux signes de non organicité* ». Dans ce contexte, ils ont conclu que le tableau clinique présenté par le patient paraissait se rattacher davantage à un syndrome de la douleur chronique qu'à une majoration des symptômes. Enfin, du point de vue thérapeutique, les experts ont proposé l'instauration d'une médication antidépressive, avec maintien du soutien médical déjà en place, « *avec pourtant une stabilisation, sans espoir réel d'amélioration* » (fourre 3, pièce 15, pp. 12 ss, dossier OCAI).

9. Après avoir eu connaissance du rapport du COMAI et du dossier médical, les médecins du service médical régional (SMR) de l'AI ont retenu, dans leur rapport du 17 janvier 2002, un état dépressif moyen, lié à l'angoisse de symptômes cardiaques, à l'isolement relatif de l'assuré en Suisse et au manque de moyens financiers actuels. « *Dans ce contexte, ont-ils estimé, l'état dépressif et les troubles somatoformes douloureux étaient réactionnels et ne rentraient pas dans le cadre de l'article 4 LAI* ». Ils ont également constaté que l'atteinte à la santé était « *principalement constituée d'une impossibilité de reprendre le travail de maçon ou une activité de chantier* ». En outre, la possibilité pour l'intéressé de reprendre une activité lucrative adaptée à ses problèmes dorso-lombaires devait, selon eux, réduire l'état dépressif en limitant ses causes. Les médecins du SMR ont ainsi conclu que l'assuré avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (avec alternance de positions debout/assis, sans port de charges supérieures à 15 kg et sans travaux lourds), tout en relevant à cet égard que les experts du COMAI n'avaient pas motivé leur appréciation quant à la réduction de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité raisonnablement exigible (fourre 3, pièces 16, dossier OCAI).

10. Dans un projet de décision du 25 mars 2002, l'OCAI a informé l'assuré que son taux d'invalidité (soit 34.60 %) ne lui ouvrait droit à aucune rente, motif pris qu'il

était inférieur au seuil minimal légal de 40%. Estimant, à l'instar des médecins du SMR, que l'intéressé avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'Office s'est fondé sur un salaire annuel sans invalidité de Fr. 65'850.- en 2002 (après actualisation des données salariales de 2000 fournies téléphoniquement par l'ancien employeur de l'assuré) et un salaire d'invalidité de Fr. 43'030.- par an [correspondant, selon l'Union Industrielle Genevoise (ci-après : UIG), au salaire minimum d'embauche pour l'année 2002 dans un emploi de travailleur non qualifié après trois mois d'activité].

11. Par lettre du 2 avril 2002, l'assuré a contesté cette position, estimant son « *invalidité supérieure à 50 %* ».
12. Par décision du 19 avril 2002, reçue au plus tôt le 21 avril suivant, l'OCAI a confirmé son refus (fourre 1, pièce 5, dossier OCAI).
13. Dans un certificat complémentaire du 1^{er} mai 2002, la doctoresse B_____ a invité l'OCAI à revoir le cas de son patient, dont l'état de santé ne lui permettait plus, désormais, « *d'entreprendre un travail, quel qu'il soit* » (fourre 3, pièce 17, dossier OCAI).
14. Le 10 mai 2002, l'assuré, représenté par l'Hospice général de Genève (en la personne d'une avocate employée de cette institution), a déféré cette décision devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI (aujourd'hui : Tribunal cantonal des assurances sociales), concluant à l'octroi d'une rente entière, dès le 1^{er} janvier 2000. Il a fait grief à l'OCAI de s'être écarté à tort de l'évaluation des experts du COMAI (taux de 50% dans une activité adaptée), ce d'autant que, selon lui, l'avis du SMR, sur lequel l'OCAI avait fondé son refus, était lapidaire et avait été établi sur pièces uniquement, en dehors de tout examen personnel. Se référant aux salaires retenus par l'OCAI, le recourant a évalué son degré d'invalidité à 67.32% [Fr. 65'850.- moins Fr. 21'515.-) x 100 : Fr. 65'850.-].
15. Dans sa réponse du 11 juillet 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Cet Office a en substance fait valoir que, selon les médecins du COMAI, les atteintes à la santé

ayant une incidence sur la capacité de gain de l'assuré étaient d'origine purement psychique. Or, lesdites atteintes n'étaient pas associées à une comorbidité psychiatrique « grave » (souligné dans le texte) et l'état dépressif n'était que réactionnel, si bien qu'elles étaient dénuées de tout caractère invalidant au sens de la LAI.

16. Par écritures du 6 août 2002, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours, sans formuler de nouvelles observations.
17. Par acte du 16 mai 2003, le recourant a versé à la procédure deux rapports d'imagerie médicale établis par le docteur D _____ les 7 juin 2002 et 1^{er} avril 2003. Il ressort de ces documents que le patient souffre en particulier de cervicuncarthrose en C5-C6.
18. Dans sa détermination du 10 juin 2003, l'OCAI a maintenu son refus de rente. A son avis, ces deux derniers rapports médicaux n'apportaient aucun élément nouveau, dans la mesure où, dans son évaluation du 30 novembre 2001, le COMAI avait déjà fait état de troubles dégénératifs cervicaux, tout en précisant, alors, que ceux-ci étaient sans influence essentielle sur la capacité de travail de l'assuré. En outre, lesdits rapports ne contenaient aucune donnée anamnésique ni aucun élément concernant la capacité de travail du patient.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2002, entrée en vigueur le 1^{er} août 2003, la présente cause, introduite le 10 mai 2002 devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal de céans (cf. art. 56 V al. 1 let.a ch.2 LOJ).

-
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règle de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b). En outre, le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467 consid.1, 121 V 366 consid. 1b ; cf. également disposition transitoires : art. 82 al. 1 LPGA).

La décision attaquée ayant été rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA, sa légalité doit, a contrario, être examinée au regard de l'ancien droit, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, le présent recours est recevable (art. 84 aLAVS applicable en matière d'assurance-invalidité par renvoi de l'art. 69 aLAI).
4. Le litige porte sur la détermination du taux de capacité de travail résiduelle de l'assuré. Selon l'OCAI, ce taux s'élève à 100% dans une activité adaptée, alors que pour le recourant il serait de 50%, conformément aux conclusions du rapport du COMAI du 30 novembre 2001.
- 5.
- 5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATFA du 14 avril 2003, cause I 39/03, consid. 3.2).

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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique

universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

5.2 In casu, on peut d'emblée relever qu'il n'y a pas de discussion entre les différents médecins relativement au diagnostic (trouble somatoforme douloureux et épisode dépressif moyen avec syndrome douloureux). Il n'y a pas davantage de divergence sur le fait que l'état de santé de l'assuré ne lui permet plus d'exercer son ancienne profession de maçon, ni d'effectuer des travaux lourds (le médecin traitant limitant toutefois à 1 kg le port de charges admissible, contre 15 kg pour les experts du COMAI) ou nécessitant une position debout statique prolongée.

En revanche, il subsiste un désaccord sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. A cet égard, la doctoresse B _____ a estimé que son patient pourrait travailler deux heures par jours environ (certificat médical du 14 novembre 1999), soit un taux avoisinant 25% pour un horaire de travail normal de 42 heures par semaine (cf. ATFA du 18 avril 2000, cause I 698/99, consid. 3b). Les experts du COMAI ont, de leur côté, évalué celle-ci à 50% (rapport du 30 novembre 2001), tandis que les médecins du SMR ont considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière (rapport du 17 janvier 2002). Quant au docteur F _____, il n'a pas apporté de précisions quant au taux d'activité encore exigible (rapport du 13 avril 2000).

5.3 En l'occurrence, au regard de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, on peut effectivement tenir pour établi que l'assuré ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. Selon les experts du COMAI, en effet, l'intensité des lombosciatalgies et les cervicalgies ressenties par le patient ne s'explique pas à la lumière des seules constatations radiologiques et doivent être imputées à un syndrome somatoforme douloureux (rapport du 30 novembre 2001, pp. 12 et 13).

En ce qui concerne cet aspect du dossier, les parties n'apportent au demeurant aucun élément concret qui devrait conduire le Tribunal de céans à s'écarter des conclusions

de l'expertise du COMAI, ou à tout le moins à mettre en doute la pertinence des conclusions rendues.

Il s'agit dès lors d'examiner si le recourant présente une atteinte invalidante à sa santé psychique.

6.

6.1 D'après l'art. 4 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), 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.

6.2 Parmi les atteintes à la santé psychique ainsi définies, la jurisprudence retient que des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 n° U 256 pp. 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).

6.3 Se fondant sur l'avis de Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss), le Tribunal fédéral des assurances a défini les tâches de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes (VSI 2000, p. 152). Selon cet auteur, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative.

Dans ce cadre, il lui incombe d'examiner si la personne concernée possède en elle suffisamment de ressources psychiques lui permettant de faire face à ses douleurs. Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure cette personne, au regard de sa constitution psychique, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail nonobstant les douleurs qu'elle ressent (voir arrêt R. du 2

décembre 2002, I 53/02, consid. 2.2 in fine et les autres arrêts cités). La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 298 consid. 4c et les références; VSI 2001 p. 224 consid. 2b).

Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psycho-social de la personne examinée, étant par ailleurs précisé que là où celui-ci 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. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Enfin, pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de gravité, singulièrement que les critères précités se manifestent avec un minimum de constance et d'intensité (ATFA du 20 septembre 2002, cause I 759 /01, consid. 3.2).

6.4 En l'occurrence, le rapport du COMAI fait état de critères qui, selon la jurisprudence précitée en matière de troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 154 consid. 2c), sont susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne le caractère exigible d'une reprise de l'activité professionnelle par l'assuré.

Ainsi, en est-il en particulier des diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'état anxieux, que, par ailleurs, une médication antidépressive n'aura, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 47 consid. 2a), pas pour effet d'améliorer, mais de stabiliser tout au plus (rapport, p. 16). Il en va également de la perte d'intégration sociale (partielle) et de l'important isolement de l'intéressé. De plus, les critères de la chronicité de la maladie sans rémission durable, de la durée des douleurs et des échecs des traitements conformes aux règles de l'art apparaissent réalisés en l'espèce et se manifestent avec un minimum d'intensité et de constance. Il convient par ailleurs de relever que les experts n'ont pas eu le sentiment que les plaintes douloureuses fussent exagérées ou simulées (cf. dans ce sens ATFA du 29 janvier 2003, cause I 129/02, consid. 4.4). Ils n'ont pas non plus noté de divergence entre les plaintes exprimées et le comportement de l'assuré. Les douleurs sont, enfin, décrites avec précision quant à leur localisation et aux sensations ressenties (rapport, pp. 6 et 7). Aussi, les principaux critères motivant le refus d'une rente en cas de troubles somatoformes douloureux ne sont-ils pas remplis dans le cas d'espèce.

Par ailleurs, les experts du COMAI ont fixé un taux d'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, « *en raison du vécu douloureux chronique et des troubles de l'humeur* ». Cette motivation apparaît certes succincte. Toutefois, sur ce point, l'appréciation du collège des experts prend appui sur des examens minutieux et complets (examen clinique, consilium psychiatrique) et a été formulée dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, au terme d'une discussion détaillée du cas, étayée d'un exposé complet de l'anamnèse et des plaintes de l'assuré. Aussi est-on fondé à considérer qu'elle n'a pas été émise à la légère. Les experts se sont par ailleurs distancés des conclusions du médecin traitant (qui a fixé le taux d'incapacité de travail à 75% environ), estimant que le patient conservait quelques ressources adaptatives. Ils ont également souligné que, même traité, l'état dépressif de l'assuré n'aurait guère de chance de s'améliorer. La réponse des experts à la question posée par l'OCAI quant au degré de l'incapacité de travail apparaît ainsi comme « *la quintessence logique* » - et convaincante en l'occurrence - du rapport d'expertise, notamment de sa partie consacrée à la discussion (cf. Alfred Bühler,

Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, PJA 1999 p. 573, cité in ATFA du 26 mai 2003, cause I 143 / 03, consid. 3.4).

6.5 Dans ces conditions, il n'est pas décisif, comme le soutient l'OCAI, que les atteintes psychiques dont souffre l'assuré ne soient pas associées à une comorbidité psychiatrique « *grave* ». En effet, s'il est vrai que, dans certains cas d'espèce, la jurisprudence a nié l'existence d'une incapacité de travail significative résultant de troubles somatoformes douloureux en l'absence de comorbidité psychiatrique grave (cf. ATFA publié in VSI 2000 p. 156), elle a toutefois rappelé à diverses reprises que cet arrêt ne peut être interprété en ce sens que des troubles de ce type ne seraient susceptibles de fonder une invalidité au sens de la LAI qu'en relation avec une telle comorbidité. Un tel schématisme, qui procède d'une mauvaise compréhension des motifs dudit l'arrêt, ne saurait, en effet, s'accorder avec la complexité de la problématique du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, qui justifie les exigences posées à l'adresse de l'expert par la jurisprudence précitée (ATFA du 21 janvier 2003, cause I 788/01, consid. 2).

Par ailleurs, se fondant sur l'appréciation du SMR, l'Office intimé a opposé aux conclusions du rapport du COMAI le fait que l'état dépressif et les troubles somatoformes douloureux « *sont réactionnels* ». On ne discerne, toutefois, pas en quoi leur caractère prétendument réactionnel devrait, en soi, ôter tout caractère invalidant aux atteintes à la santé psychique du patient. Sans compter que les médecins du SMR ne se sont pas précisément déterminés sur la nature invalidante, ou non, de l'état anxieux présenté par l'intéressé. Au demeurant, on notera que ces praticiens se sont prononcés uniquement sur dossier. Or, s'agissant de questions d'ordre psychique, il y a lieu de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical que les conclusions du médecin se fondent sur un dossier et non pas sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3 d ; ATFA du 13 mai 2003, cause I 437/02 consid. 3.4).

6.6 Il s'infère de ce qui précède que, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, l'OCAI n'était pas fondé à s'écarter des conclusions formulées par les experts du COMAI, dont le rapport répond, pour le surplus, à

toutes les exigences permettant de lui reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (supra, consid. 5.1).

6.7 Il convient donc de renvoyer la cause audit Office pour qu'il procède à une évaluation de l'invalidité sur la base de cette expertise et statue à nouveau sur la prétention du recourant, et cela conformément aux considérations exposées au considérant 8, ci-dessous.

7. S'agissant du certificat de la doctoresse B _____ du 1^{er} mai 2002, attestant que l'état de santé de l'intéressé se serait aggravé au point de supprimer sa capacité de travail résiduelle, on relèvera qu'il porte sur un fait postérieur à la décision litigieuse du 19 avril 2002. Partant, il ne doit pas être pris en considération pour en apprécier la légalité dans le cadre de la présente cause. Il en va de même du nouveau rapport d'imagerie médicale rédigé par le docteur D _____ le 1^{er} avril 2003, attestant en particulier que l'intéressé souffre de cervicuncarthrose en C5-C6 (cf. jurisprudence précitée, supra, § 2).

Cela dit, il est loisible au recourant, s'il s'y estime fondé, de saisir à nouveau l'office AI, en cas de péjoration avérée de son état de santé (ATFA du 11 février 2003, cause I 255/02, consid. 2.3.2).

8. Salaire déterminant pour la comparaison des revenus

8.1 Il ressort du rapport de la division de réadaptation professionnelle du 22 mars 2002 que, selon les indications téléphoniques fournies par son ancien employeur, l'assuré aurait touché, en 2000, un salaire horaire de Fr. 30.-. Or, il convient de rappeler que la collecte téléphonique d'informations ne constitue pas une mesure admissible lorsqu'il s'agit d'établir des faits déterminants pour l'issue du litige (ATFA du 21 janvier 2003, cause I 788/01, consid. 4 ; ATF 117 V 284 consid. 4c).

8.2 Par ailleurs, le salaire d'invalidé retenu par l'OCAI (Fr. 43'030.-) représente simplement le salaire minimum d'embauche pour un premier emploi à Genève, après trois mois d'essai, publié par l'UIG. Or, selon la jurisprudence, la référence aux

seuls salaires minimaux fixés par l'UIG n'est pas pertinente, car elle ne tient pas suffisamment compte, notamment, du fait que les occupations compatibles avec le handicap du recourant ne sont pas limitées à un domaine particulier. A cet égard, il faut bien plutôt se référer aux données statistiques de l'Office fédéral des statistiques, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe et constituent une source d'informations plus fiable (cf. ATFA du 8 août 2001, cause I 98/01, consid. 4 ; ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). Le cas échéant, le revenu d'invalidité obtenu sera encore réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

8.3 En l'état, force est ainsi de constater que le dossier ne fournit pas les éléments permettant de procéder à la comparaison des revenus, aussi la cause doit-elle être renvoyée à l'administration afin qu'elle complète l'instruction sur ce point.

8.4 Concernant le calcul du taux d'invalidité, l'attention de l'OCAI est attirée sur la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, selon laquelle, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente : les revenus avec et sans invalidité sont déterminés par rapport à un même moment ; les modifications éventuelles de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, sont également prises en compte (ATFA du 11 septembre 2003, cause I 794/01, consid. 5.2 ; ATF 129 V 223-224 consid. 4.2).

En l'occurrence, l'assuré a présenté dès le 25 janvier 1999 une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption. Le moment de la naissance du droit à la rente remonte ainsi au 1er janvier 2000 (art. 29 al. 1 et al. 2 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, il conviendra ainsi (sous réserve de modifications significatives des revenus avec et sans invalidité susceptibles d'influencer le droit à la rente jusqu'à la décision administrative litigieuse du 19 avril

2002) de se placer en 2000, et non en 2002 comme retenu par l'OCAI dans la décision entreprise.

9. Dépens

Pour obtenir gain de cause – au sens des dispositions du droit fédéral qui prescrivent l'octroi de dépens – dans un litige au sujet d'une prestation de l'assurance sociale, il suffit que la décision attaquée soit annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Aussi bien doit-on considérer que le recourant obtient gain de cause, de sorte qu'il aurait, en principe, droit à des dépens (ATF 110 V 57 ; art. 85 al. 2 let. f aLAVS en corrélation avec l'art. 69 aLAI).

En l'espèce, toutefois, l'assuré est représenté par un organisme chargé de l'assistance publique – soit ici l'Hospice général - et il n'a pas engagé de frais pour la défense de ses intérêts, sa mandataire l'assistant gratuitement (le contraire n'est ni établi ni d'ailleurs allégué) en vertu de la législation genevoise sur l'assistance publique. Dans ces conditions, l'allocation d'une indemnité de dépens n'est pas justifiée (ATF 126 V 11 consid. 5).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet patiellement ;
3. Annule la décision de l'OCAI du 19 avril 2002 ;
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants ;
5. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle 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 :

Yaël BENZ

Le Président :

Jean-Louis BERARDI

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe