RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1485/2001 **ATAS/22/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 20 JANVIER 2004

4ème Chambre

En la cause

Monsieur V_____, comparant par Me Jean-Jacques MARTIN en l'étude duquel il élit domicile. recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 intimé

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente

Monsieur Roger LOZERON et Mme Florence BRUTSCH, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur V_____, né en février 1962, de nationalité italienne, marié et père d'une petite fille, a travaillé en tant que manœuvre-machiniste dans l'entreprise X_____ de 1980 à 1996. Son dernier salaire s'élevait à 4'273 fr. par mois en 1996, soit 55'549 fr. par année (13ème salaire compris). Son employeur était assuré collectivement pour la perte de gain auprès de la Caisse-maladie du bois et du bâtiment (ci-après la CMBB).

2. Le 6 août 1996, il a été en incapacité totale de travailler suite à de fortes lombalgies gauches, raison pour laquelle le docteur A_____, son médecin traitant, a mandaté le docteur B_____, radiologue, afin de déterminer les causes des douleurs ressenties. Le 9 août 1996, ce dernier a réalisé une tomodensitométrie axiale computérisée de la colonne lombaire et sacrée. Il a diagnostiqué un canal lombaire relativement étroit, une minime protusion discale médiane en L4-L5 sans image d'hernie, une protusion discale prononcée avec une composante herniaire en L5-S1 en contact avec la partie antérieure du fourreau dural et se confondant avec la racine S1 droite ainsi qu'une discrète sclérose de surcharge au niveau des articulations interapophysaires postérieures.

3. Le 22 octobre 1996, devant la persistance de la symptomatologie, une consultation a été organisée avec le docteur C_____, neurochirurgien, sur le conseil du docteur D_____, remplaçant du docteur A_____. Le docteur C_____ a posé le diagnostic d'hernie discale L5-S1 droite luxée mais a cependant estimé qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée.

4. Le 29 novembre 1996, le docteur E_____, médecin-conseil de la CMBB, a relevé qu'il était prématuré d'orienter l'intéressé vers un recyclage professionnel dans la mesure où il existait une probabilité d'opération prochaine. Concernant le reclassement professionnel, l'assuré s'était déclaré motivé pour changer de métier. Les possibilités étaient réelles car l'intéressé avait été scolarisé en Italie jusqu'à l'âge de 17 ans et avait ensuite fait un apprentissage de mécanicien (sans diplôme) avant de venir en Suisse pour travailler comme machiniste.

5. Le 24 janvier 1997, le docteur E_____ a derechef examiné l'assuré et a relevé que la poursuite d'un travail physiquement lourd tel que celui de machiniste ou de manœuvre paraissait sérieusement compromise. Il pensait que la reprise de travail dans le métier de l'intéressé n'était plus possible. Cependant, il

existait une capacité résiduelle de travail dans une profession exigeant des efforts physiques modérés. L'assuré apparaissait motivé.

6. Par décision du 7 février 1997, la CMBB a supprimé à l'assuré le droit aux prestations à partir du 31 juillet 1997 et l'a invité à reprendre dans l'intervalle une activité adaptée à son handicap. Saisie d'une opposition, la caisse l'a rejetée le 13 mai 1997.

7. Le 7 mars 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

8. Le 17 juillet 1997, le docteur B_____ a effectué une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire et a diagnostiqué une discopathie modérée avec dégénérescence discale en L5-S1, une hernie discale de faible épaisseur en L5-S1 appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et en contact avec la racine S1 droite sans tuméfaction de cette dernière ainsi que des séquelles d'une maladie de Scheuermann.

9. Par jugement du 18 novembre 1997, statuant sur recours de l'assuré, le Tribunal administratif du canton de Genève (ci-après le Tribunal administratif) a renvoyé la cause à la CMBB pour nouvelle décision après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

10. Le 26 novembre 1997, le docteur F_____, médecin de l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE), amené à se déterminer sur le cas de l'assuré inscrit depuis le 19 septembre 1997 à l'OCE, a relevé que ce dernier lui semblait apte à travailler dans n'importe quelle profession ne surchargeant pas le dos par le port de lourdes charges ou des mouvements de flexion continus. Il lui semblait pouvoir effectuer sans problème des travaux légers à 100 % en tant que magasinier (objets légers), huissier, chauffeur-livreur (choses légères) etc. Une rente de l'assurance-invalidité ne lui paraissait pas justifiée, par contre une aide au reclassement devait lui être accordée.

11. Le 1er avril 1998, le docteur G_____, médecin-conseil de la CMBB, a rédigé un rapport après avoir examiné l'assuré les 12 janvier et 19 février 1998. Il a diagnostiqué une radiculopathie S1-L5 droite sur hernie discale L5-S1. L'examen clinique avait révélé un certain degré d'exagération qui pouvait faire évoquer le diagnostic de sinistrose. La radiculopathie était un élément de sinistrose à prendre en compte dans la mesure où le patient donnait l'impression d'avoir comme objectif l'indemnisation plutôt que la guérison. En ce qui concernait la capacité résiduelle de travail, il rejoignait le docteur E_____

en estimant l'assuré incapable de travailler dans sa profession mais apte à exercer normalement à 100 % un travail plus léger.

12. Par décision du 2 avril 1998, la CMBB a confirmé la suppression de l'indemnité journalière à partir du 31 juillet 1997. L'opposition à cet acte administratif a été rejetée le 12 mai 1998.

13. Le 11 avril 1998, le docteur A_____ a établi un rapport à l'attention de l'OCAI. Il a posé le diagnostic de radiculopathie S1-L5 droite sur hernie discale L5-S1 et a joint plusieurs rapports médicaux au sien. Il mentionnait que l'assuré paraissait être apte à travailler dans une autre fonction légère et sans contrainte pour le dos. Ce dernier se montrait positif mais limité dans sa formation professionnelle.

14. Par jugement du 1er décembre 1998, le Tribunal administratif, sur recours de l'assuré, a derechef renvoyé la cause à la caisse pour nouvelle décision après complément d'instruction. La CMBB a alors confié une expertise au docteur C_____.

15. Ce praticien a d'abord répondu le 11 janvier 1999 au docteur G_____ qu'il rejoignait les conclusions de ses confrères estimant que l'assuré était certes totalement incapable de reprendre une profession aussi lourde que celle qui était la sienne mais devrait tout à fait assumer un travail léger ne comportant aucun port de charges.

16. Le 25 janvier 1999, il a complété son rapport en diagnostiquant des lombosciatalgies droites chronifiées sur petite hernie discales L5-S1 droite. D'un point de vue strictement neurochirurgical, un certain nombre de facteurs l'incitait à la plus grande prudence avant de proposer un geste chirurgical à ce patient. L'irradiation décrite par le patient était cohérente partiellement dans la mesure où le trajet S1 était inclus dans la description des douleurs décrites par le patient mais l'hypoesthésie à l'examen clinique débordait très largement ce territoire et incluait des racines qui ne souffraient d'aucune contrainte sur les documents radiologiques.

17. Par décision du 27 janvier 1999, la CMBB a à nouveau confirmé la suppression du droit à l'indemnité journalière. Le 30 mars 1999, elle a rejeté l'opposition formée contre cette décision. Saisi d'un recours, le Tribunal administratif a alors confié une expertise au docteur H_____, spécialiste en médecine interne, début février 2000.

18. Le 10 juin 1999, le docteur D_____, remplaçant du docteur A_____, a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé dans le sens de l'augmentation des douleurs dans la jambe droite, d'apparition de fourmillements dans la cuisse gauche et d'une rectitude lombaire encore plus importante. Il a joint un rapport médical concernant les capacités professionnelles de l'intéressé dans lequel il constatait que celui-ci devait alterner les positions assise et debout, ne pouvait ni se baisser fréquemment, ni faire de longs parcours à pied, ni effectuer de mouvements répétitifs des membres ou du dos. Il devait éviter les environnements au froid. La capacité résiduelle de travail dans son ancienne profession était nulle et une activité de substitution paraissait toujours compromise.

19. Le 5 octobre 1999, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé une évaluation de la capacité résiduelle de l'assuré dans le cadre d'un stage dans un Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI) tel que le Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP). Lors de l'entretien avec l'assuré, celui-ci avait répondu très succinctement aux questions posées et il en était ressorti une attitude générale de résignation : il voulait reprendre une vie professionnelle mais ne voyait pas comment cela serait possible.

20. Le 9 décembre 1999, les responsables du COPAI ont rédigé un rapport à l'issue du stage s'étant déroulé au CIP du 25 octobre 1999 au 19 novembre 1999. Ils ont conclu à l'impossibilité pour l'assuré d'être reclassé actuellement dans le circuit économique normal, celui-ci présentant des difficultés d'intégration sociale caractérisées par un enfermement dans son expression douloureuse. Il n'y avait aucune chance de succès d'une réadaptation en l'état, l'assuré se disant incapable de travailler et manifestant des douleurs et des besoins répétitifs de s'arrêter au cours d'activités. Bien qu'il n'ait manifesté aucune opposition directe, il avait montré de manière très expressive que tout lui était difficile, voir impossible. Le docteur I_____, médecin consultant dans le cadre du COPAI, a expliqué que l'évolution vers un syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique objectif était évidente et que l'examen clinique se révélait difficilement interprétable, sans corrélation anatomique ou neurologique entre les manifestations douloureuses et les signes physiques. Tous les signes de « non-organicité » étaient présents : topographie neurologique discordante, résistance démesurées à toute tentative de mobilisation alors que la gestuelle spontanée paraît plus ample, manifestation spectaculaire de douleurs « intolérables » pour des manipulations ultra banales. Il lui semblait cependant clair que l'assuré n'était pas conscient des contradictions présentes et souffrait très réellement de la

situation dans laquelle il se trouvait. Il avait réellement perdu sa force de base et ne pouvait réellement plus exercer d'activités lourdes, mais il semblait également totalement incapable de relativiser ces pertes et de faire la démarche qui lui permettrait de s'adapter à cette situation et d'envisager une vie satisfaisante et active avec cette diminution réelle de capacités. Une évaluation psychiatrique lui paraissait nécessaire afin de permettre de confirmer ses hypothèses et d'énoncer un pronostic, à son avis très compromis.

21. Le 5 avril 2000, le docteur H_____ a rédigé son rapport d'expertise médicale, après avoir examiné l'assuré les 9 et 24 mars 2000 et avoir pris connaissance du dossier médical. Il a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux et a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était globalement inexistante, pour toutes les activités professionnelles, le caractère envahissant de la souffrance et les capacités d'investissement en général jouant un rôle important.

22. Le 2 mai 2000, l'OCAI a mandaté le centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de l'Hôpital de Bellinzone (ci-après le SAM) afin qu'il procède à une expertise de l'assuré.

23. Par jugement du 9 août 2000, le Tribunal administratif, se fondant sur l'expertise du docteur H_____, a admis le recours et renvoyé la cause à la CMBB afin qu'elle alloue à l'assuré les indemnités journalières auxquelles il avait droit depuis le 1er août 1997.

24. Le 7 novembre 2000, le SAM a rédigé un rapport dans lequel les médecins en charge du cas, soit les docteurs J_____, psychiatre, K_____, neurologue et L_____, spécialiste en neurochirurgie, ont diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral sur composante radiculaire S1 à droite et sur hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane ainsi qu'un trouble dysthymique. Le docteur J_____ estimait l'incapacité de travail à 30 % au plus en raison de la symptomatologie suivante : ralentissement ideoverbal, troubles de la socialisation, inhibition et manque de dynamisme. Il estimait que l'on ne pouvait retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, vu l'absence de conflits émotionnels de l'assuré. Tout au plus pouvait-on retenir la présence de conflits internes liés à sa situation d'immigré. Quant au docteur K_____, vu la chronicisation de la symptomatologie dans un contexte de trouble somatoforme douloureux, il retenait une capacité de travail pratiquement nulle. Le pronostic demeurait incertain. Enfin, le docteur L_____ a estimé la capacité résiduelle de travail de l'assuré inférieure à 50 % dans sa précédente activité et de 50 %, voire complète, dans une activité lui permettant de tenir compte d'une certaine

ergonomie et de se mouvoir librement, sans devoir rester longtemps dans des positions statiques défavorables. Ce praticien a en outre mentionné une discordance entre les troubles ressentis et l'examen clinique. Les conclusions globales des experts du COMAI conduisaient à retenir une capacité résiduelle de travail de 70 – 75 % dans une activité légère, sans port de charges de plus de 10 kgs, sans travaux manuels lourds et sans devoir travailler assis et penché en avant ou en position debout et penché en avant, avec la possibilité d'alterner les positions de travail assise-debout. Les chances de succès d'une réadaptation demeuraient bonnes à condition que l'assuré se fasse accompagner psychologiquement ou psychiatriquement. Avec un accompagnement de ce type, la capacité de travail pourrait même atteindre 100 %.

25. Le 15 décembre 2000, statuant sur recours de la CMBB, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours et confirmé le jugement du Tribunal administratif du 9 août 2000. La CMBB devait allouer à l'assuré les indemnités journalières auxquelles il avait droit depuis le 1er août 1997, le Tribunal administratif s'étant à juste titre basé sur l'appréciation médicale du docteur H_____. Le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le fait que les conclusions de l'expertise à venir dans le cadre du COMAI puissent différer de celles du docteur H_____ ne constituait pas un motif pour s'écarter de ces dernières.

26. Le 16 février 2001, l'OCAI a rédigé un projet de décision dans lequel elle mentionnait pouvoir octroyer à l'assuré une rente entière à partir du 6 août 1997 et un quart de rente dès le 1er mars 2000. Le taux d'invalidité était fixé à 45 %. Par projet de décision du 19 février 2001, l'OCAI a encore déclaré rejeter la demande de mesures de réadaptation, celles-ci n'étant pas indiquées dans son cas dans la mesure où elles n'engendreraient pas d'amélioration notable de sa capacité de gain.

27. Par décision du 4 avril 2001, l'OCAI a rejeté toutes prestations sous la forme de mesures professionnelles, hormis l'aide au placement, en se référant à l'argumentation énoncée dans son projet du 19 février 2001. Par décision du 8 octobre 2001, il a octroyé une demi-rente à l'assuré dès le 1er novembre 2001 en se fondant sur un degré d'invalidité de 45 % (cas pénible).

28. Le 5 novembre 2001, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par l'intermédiaire de son avocat en faisant valoir qu'il était invalide à 100 %, ce que le stage COPAI avait par ailleurs démontré. Le rapport COMAI était empreint de contradictions par rapport à l'expertise très claire du docteur H_____. Il concluait à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2001.

29. Par préavis du 7 janvier 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en relevant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise COMAI, celle-ci répondant en tout point aux exigences de la jurisprudence en la matière et devant se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, il a précisé que le rétroactif dû pour la période du 1er août 1997 au 31 octobre 2001 ferait l'objet d'une décision ultérieure.

30. De fait, par décision du 1er février 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité malgré un taux d'invalidité de 45 % en raison du cas pénible pour la période du 1er mars 2000 au 31 octobre 2001.

31. Par décision du 23 janvier 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'719 fr. ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint de 516 fr. du 1er août 1997 au 31 octobre 1997, puis, dès le 1er novembre 1997, une rente entière pour enfant de 688 fr, ce jusqu'au 31 décembre 1998. Les trois rentes étaient augmentées pour la période du 1er janvier 1999 au 29 février 2000.

32. Le 25 février 2002, l'assuré a interjeté un nouveau recours contre ces décisions tout en présentant ses observations suite au préavis rendu par l'OCAI en date du 7 janvier 2002. Il a argué du fait que l'OCAI n'avait absolument pas tenu compte de l'expertise psychiatrique rendue par le docteur H_____, alors même que son expertise avait été ordonnée dans le cadre de la procédure administrative opposant le recourant à la CMBB et qu'elle avait donné lieu a un arrêt du Tribunal fédéral du 15 décembre 2000 confirmant l'arrêt du Tribunal administratif, lequel reconnaissait le droit aux indemnités journalières du recourant.

33. Invité à se déterminé, l'OCAI a dupliqué le 7 mars 2002 en relevant que l'expertise du docteur H_____ ne devait pas se voir reconnaître plus de poids par le simple fait qu'elle avait été rendue dans le cadre d'un litige ne concernant en rien l'OCAI. En outre, il lui appartenait de mener l'instruction de la demande et procéder à une expertise COMAI relevait de ses attributions.

34. Le 9 octobre 2002, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après CCGC), a expliqué qu'elle avait retenu la date du 1er novembre 2001 pour le versement de la demi-rente pour cas pénible parce qu'elle ne disposait pas encore de tous les documents de l'Hospice général afin de déterminer à partir de quand le cas pénible avait été réalisé. Les deux décisions ultérieures des 1er et 23 février 2002 avaient attribué au recourant le rétroactif dû.

35. Le 10 octobre 2002, l'OCAI a relevé qu'il avait retenu la date du 1er mars 2000 pour réduire les prestations allouées au recourant, qui, auparavant recevait une rente entière, en se basant sur les conclusions du COMAI. Le rapport COMAI lui avait permis de déterminer que, déjà au stade du stage COPAI, l'assuré avait été capable de travailler à 70 %, même si ce n'était pas ce qui était ressortit de l'évaluation lors du stage.

36. Le 7 mai 2003, le recourant a produit en cours d'instruction une attestation médicale émanant du docteur M_____, psychiatre, expliquant que l'assuré était en incapacité totale de travailler depuis le 7 février 2003. Son état psychique nécessitait un traitement de médicaments psychotropes et un suivi psychiatrique. Ce praticien mentionnait que l'incapacité de travail était totale pour une longue durée et même probablement définitive.

37. Le 21 mai 2003, l'OCAI a estimé que l'attestation du docteur M_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, celle-ci ne répondant pas aux critères posés par la jurisprudence. Il maintenait intégralement sa position.

38. Le 22 septembre 2003, le recourant a produit un rapport circonstancié du docteur M_____ effectué le 4 août 2003. Ce dernier a diagnostiqué un trouble dépressif, apparu en janvier 2003 avec somatisations et une probable modification durable de la personnalité suite d'un syndrome algique chronique. Il relevait que l'incapacité de travail était probablement définitive.

39. Le 28 octobre 2003, l'OCAI a répondu que lors de la décision intervenue le 8 octobre 2001, l'assuré ne souffrait pas de trouble dépressif, ni d'une pathologie psychiatrique importante. Les médecins du COMAI, notamment le docteur J_____, avait retenu à cette époque qu'il ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique majeure et que, d'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail était tout au plus diminuée de 30 %.

40. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel 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 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. 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. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjetés en temps utile, les recours des 5 novembre 2001 et 25 février 2002 sont à cet égard recevables conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (aLAVS ; 831.10) alors applicables.

4. Au surplus, selon l'article 70 alinéa 1 de la loi genevoise sur la procédure administrative (LPA), applicable par renvoi de l'article 89A LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'occurrence, il se justifie de joindre les causes dans la mesure où les faits portent sur une situation identique, soit la détermination du taux d'invalidité du recourant.

5. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain le recourant subit en raison d'une atteinte à sa santé psychique et/ou physique.

5.a L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299)

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). 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 (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré

d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une 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 traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et 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 psychosocial intact (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas

suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346). Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail – dans une activité exigible- d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise ; En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

5.b En l'espèce, le dossier comprend plusieurs avis médicaux apparaissant de prime abord contradictoires. Or, après une lecture attentive des rapports des différents médecins appelés à se déterminer sur le cas du recourant, et en tenant compte de rapport du stage effectué au CIP, il convient de se rallier au point de vue émis par les experts chargés du COMAI, lesquels retiennent une capacité résiduelle de travail de 70-75 %.

Le docteur H_____ a certes posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il a cependant relevé le même comportement observé par le docteur J_____, psychiatre du COMAI, soit notamment un ralentissement idéoverbal et un manque de capacités d'investissement. L'assuré ne semblait pas touché par des évènements importants tel le retour de sa femme en Italie avec sa petite fille par exemple. L'humeur était cependant triste. Le docteur J_____ a expliqué que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait, à son avis, pas être retenu, dans la mesure où l'assuré n'avait pas de conflits émotionnels sous-jacents permettant d'expliquer les douleurs ressenties. Cette explication emporte la conviction du Tribunal de céans, dans la mesure où cet état de fait découle en réalité également de l'analyse faite par le docteur H_____. On relèvera encore que ce dernier praticien n'a d'ailleurs signalé aucune affection psychiatrique comorbide.

Au surplus, voudrait-on retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux que l'on devrait aussitôt constater l'absence de plusieurs critères dont le cumul permettent d'apprécier le caractère invalidant de l'atteinte, selon la jurisprudence précitée. A cet égard, l'assuré ne présente ainsi aucune structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, aucune comorbidité psychiatrique ni aucune perte d'intégration sociale. En revanche, plusieurs des critères retenus par la jurisprudence pour la recommandation de refus de rente sont présents chez l'assuré. Ainsi, plusieurs médecins ont retenu une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, des allégations d'intenses douleurs aux caractéristiques restant vagues, des plaintes très démonstratives ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement social intact. Le docteur C_____ a relevé que l'irradiation décrite par le patient n'était que partiellement cohérente et le docteur L_____ du COMAI a mentionné une discordance entre les troubles ressentis et l'examen clinique. Quant au docteur I_____, médecin consultant du COPAI, il a expliqué que tous les signes de non-organicité étaient présents, en signalant une topographie neurologique discordante, une résistance démesurée à toute tentative de mobilisation alors que la gestuelle spontanée paraît plus ample ainsi que la manifestation spectaculaire de douleurs « intolérables » pour des manipulations ultra banales.

Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans estime convaincant le diagnostic posé par le docteur J_____ du COMAI sous la forme de trouble dysthymique. Les conclusions globales des experts du COMAI permettent de retenir une capacité de travail résiduelle de 70-75 %, compte tenu également des autres diagnostics, soit le syndrome lombo-vertébral et l'hernie discale. Elles n'apparaissent en l'espèce pas critiquables, la réalité des affections somatiques dont souffre l'intéressé n'étant pas contesté.

En ce qui concerne l'aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan psychique, ce qui semble effectivement être le cas au vu du rapport du docteur M_____ mentionnant l'apparition d'un trouble dépressif en janvier 2003, il sied de relever que cet élément n'est cependant pas déterminant dans la présente affaire, dès lors que seul est décisif l'état de fait existant au moment où les décisions litigieuses ont été rendues, soit les 8 octobre 2001, 1er et 23 février 2002. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié la situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Par conséquent, si l'état de santé s'est aggravé depuis les décisions attaquées, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité s'impose (ATFA non publié I 354/01 Mh du 3 mai 2002 consid. 6).

Cela étant, c'est à juste titre que l'OCAI s'est basé sur l'expertise COMAI afin de retenir une capacité résiduelle de travail de 70 % entraînant une invalidité de 45 %. Le calcul effectué par la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI n'étant en l'espèce pas litigieux, il suffit de relever par conséquent que celui-ci a été réalisé conformément à la jurisprudence en la matière et qu'il se révèle conforme aux calculs opérés par le Tribunal de céans à titre de contrôle.

Il reste donc à examiner le droit du recourant à d'éventuelles mesures de reclassement.

6.a Aux termes de l'article 8 alinéa 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

L'article 17 alinéa 1 LAI précise que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Est ainsi invalide au sens de cet article, l'assuré qui n'est pas suffisamment réadapté parce que son état de santé est tel qu'il ne permet plus d'exiger l'exercice, en tout ou partie, de l'activité antérieure. Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité. Selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 %. En outre, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge de la meilleure mesure de réadaptation possible, mais uniquement à celle qui est nécessaire et suffisante ; il doit encore exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 124 V 110 consid. 1b et les références ; ATFA non publié du 10 juillet 2003 I 148/03).

En outre, le chiffre 4013 de la Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ci-après CMRP) édictée par l'OFAS précise que le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte.

6.b En l'espèce, le taux d'invalidité du recourant lui ouvre théoriquement le droit à des mesures de reclassement. Cependant, le succès d'une telle mesure doit être nié au vu des circonstances, dès lors que l'assuré, même en se montrant positif,

s’estime incapable de travailler sans souffrir de façon intolérable. L’échec du stage COPAI en apporte une preuve convaincante, puisque le recourant n’a alors pas réussi à surpasser l’obstacle de sa maladie, se murant dans son expression douloureuse.

Au surplus, c’est le lieu de constater qu’il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié à son handicap, soit une activité légère sans port de charges, avec alternance des positions assise et debout. Une aide au placement sera en revanche octroyé au recourant, s'il en fait la demande.

Pour toute ces raisons, les recours doivent être rejetés et les décisions de l’OCAI confirmées.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare les recours recevables ;

Au fond :

2. Les 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 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).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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