RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/18/2004 **ATAS/599/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 29 juin 2005

En la cause

Monsieur P_____, à Genève, comparant par Me Michel BERGMANN, en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Monsieur P_____, ressortissant portugais né en 1960 à Rio de Janeiro, marié, a effectué quatre années d'école primaire. Dès l'âge de 14 ans et suite au décès de son père, il a émigré à Paris où il a travaillé comme nettoyeur et comme employé de campagne dans la banlieue parisienne jusqu'à l'âge de 18 ans. L'intéressé est ensuite allé vivre au Portugal où il a travaillé dans l'agriculture, avec sa mère, pendant dix ans.

2. L'intéressé est arrivé en Suisse en 1988 et a travaillé en tant que manœuvre dans le secteur du bâtiment, au sein de l'entreprise Y_____ SA.

3. Le 19 juin 1992, il a été victime d'un premier accident de travail ; suite à une chute, il a présenté des douleurs lombaires basses. Les examens pratiqués à l'époque ont mis en évidence des discopathies L3-L4 et L4-L5 avec protrusion discale à ces niveaux, une hernie rétromarginale antérieure au niveau du plateau supérieur de L4 et une ébauche d'hernie paramédiane et foraminale droite au niveau L4-L5 en contact avec la racine L4 droite. La symptomatologie douloureuse entraîne une incapacité de travail du 19 juin au 29 juillet 1992 et du 9 septembre au 4 novembre 1992.

4. Suite à cet accident et sur conseil de son médecin traitant, l'intéressé a changé d'activité professionnelle et a travaillé, dans la même entreprise, comme nettoyeur de canalisations d'immeubles. Cette activité consiste à brancher les tuyaux de haute pression sur la borne hydratante, soulever les grilles de béton et de fonte et nettoyer les canalisations avec une lance à haute pression.

5. Le 22 janvier 1997, alors qu'il descendait des escaliers avec un tuyau, l'intéressé s'est tordu le pied et a chuté dans les escaliers. Victime d'une contusion lombaire qui a entraîné une exacerbation de la symptomatologie douloureuse lombaire basse, l'intéressé n'a plus repris le travail depuis lors. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après SUVA) a pris en charge le cas.

6. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné l'assuré le 30 mai 1997 et posé le diagnostic de lombalgies aiguës sans signe de compression neurologique. Devant le risque de chronicisation, il proposait un séjour à la Clinique de Bellikon, où l'intéressé a été hospitalisé du 25 juin au 23 juillet 1997. Dans le rapport de sortie du 23 juillet 1997, les médecins ont posé le diagnostic de syndrome lombo-spondylogène bilatéral dans un contexte d'un status post chute, vice postural rachidien, dysbalance musculaire. Ils ont relevé des troubles de l'élaboration de la douleur dans le cadre d'une personnalité sous-adaptée, avec un décalage important entre les troubles subjectifs et la symptomatologie objectivable. Le consilium psychiatrique a mis en évidence des troubles de l'adaptation avec attitude d'évitement des conflits accompagnés d'une humeur légèrement dépressive. Au vu

des défenses importantes de l'assuré quant à une psychothérapie, seul un traitement médicamenteux a été proposé. Les médecins ont conclu à une capacité de travail théorique de 50 %. Pour les séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail est reconnue dès septembre 1997.

7. Par décision du 6 octobre 1997, la SUVA a mis fin aux prestations d'indemnités journalières au 15 octobre 1997, considérant le cas comme liquidé. L'opposition de l'assuré, formée hors délai, a été déclarée irrecevable.

8. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) le 6 novembre 1997, visant à une orientation professionnelle et à un reclassement..

9. Dans son rapport médical initial du 16 décembre 1997 adressé à l'OCAI, le Docteur A_____ relevait que l'assuré était toujours en arrêt de travail et qu'au vu de son état de détresse, aucune mesure de reclassement n'était possible. Le 15 octobre 1999, le Docteur A_____ a confirmé sa position et précisé que l'état de santé était stationnaire, que le patient était très limité par la douleur et de plus en plus angoissé par la situation bloquée. Le traitement médicamenteux n'entraînait que peu de changement sur son état.

10. L'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle OSER dispensé par le Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) du 29 septembre au 28 décembre 2000. Dans ses conclusions, le CIP mentionne que la méthode d'évaluation CAM a mis en évidence une capacité de travail entière dans des activités simples et répétitives, en position assise. Les rendements sont de 60 à 80 % sur un plein temps. Toutefois, le médecin du CIP, le Docteur B_____, a proposé qu'une expertise médicale soit mise en œuvre pour compléter le bilan et objectiver globalement, psychologiquement et physiquement la situation.

11. L'OCAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Lausanne pour expertiser l'assuré. Dans leur rapport du 8 mars 2002, les médecins du COMAI ont posé les diagnostics suivants avec influence essentielle sur la capacité de travail : trouble somatoforme douloureux persistant, syndrome lombo-vertébral non radiculaire chronique. Quant au diagnostic de gastrite chronique, il n'a pas d'influence essentielle sur la capacité de travail. Du point de vue rhumatologique, l'assuré présente des lombo-pygialgies sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de minimes troubles dégénératifs non significatifs et d'un probable trouble somatoforme. Les constatations objectives ne permettent pas à elles seules d'expliquer la symptomatologie douloureuse ressentie par l'assuré. La consultation de psychiatrie a révélé que l'assuré présente essentiellement un trouble somatoforme douloureux persistant. Il n'y a pas d'élément permettant de poser un diagnostic psychiatrique tels qu'un épisode dépressif ou un trouble de la personnalité. Néanmoins, les symptômes ne sont pas

produits intentionnellement ou simulés. Le trouble est présent depuis 1997 et semble fixé. L'assuré présente des ressources restreintes. Globalement, les experts du COMAI estiment que la capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité s'élève tout au plus à 50 %, et à 70 % dans une activité adaptée, dès la fin des indemnités de chômage en 1999.

12. Par décision du 15 avril 2003, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100 % du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1998 et lui a accordé une rente entière d'invalidité de 950 fr. par mois, assortie d'une rente complémentaire pour son épouse de 285 fr. et de 380 fr. pour chacun de ses enfants. Le 25 août 2003, l'OCAI a annulé la précédente décision et octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, pour la même période, de 1'673 fr. par mois, assortie d'une rente complémentaire pour épouse de 502 fr. et de 669 fr. pour chacun de ses enfants. Cette décision est motivée par le fait que du point de vue médical, une activité lucrative adaptée à son état de santé est exigible à 70 %, dès le 1er janvier 1999. Son degré d'invalidité s'élève ainsi à 31 % depuis cette date, raison pour laquelle la rente était limitée au 31 décembre 1998.

13. Représenté par Me Michel BERGMANN, l'assuré a contesté cette décision. Il se réfère notamment au rapport OSER, selon lequel les chances de réadaptation sont faibles et vouées à l'échec, car il n'y a pas de possibilité de reclassement dans le circuit économique normal à cause de la multiplicité des moyens d'adaptation et de position. Il conteste également les conclusions globales du COMAI, dans la mesure où l'expert psychiatre a conclu a une capacité de travail que de 25 %. Or, le COMAI n'a pas indiqué les raisons pour lesquelles il s'est écarté de cette appréciation.

14. Par décision du 20 novembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que selon les experts du COMAI, la capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée. L'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique et dispose encore de ressources adaptatives. La psychiatre ne montre d'autre part pas pourquoi les ressources de l'assuré sont si pauvres et justifient seulement une activité à 25 %. Les conclusions globales de l'expertise sont pertinentes et répondent aux critères posés par la jurisprudence.

15. Par acte du 5 janvier 2004, l'assuré a interjeté recours ; il conteste l'appréciation globale du COMAI, non motivée, et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps.

16. Dans sa réponse, l'OCAI s'est référé à sa décision sur opposition.

17. Chacune des parties a persisté dans ses conclusions.

18. Pour le surplus, les allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

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

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

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, notamment (art. 56V LOJ).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).Aussi le cas d'espèce reste-t-il régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

   Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est à cet égard recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). [Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si

l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI)].

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

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

5. En l'occurrence, l'OCAI a reconnu au recourant une incapacité de travail de 100 % dès le 22 janvier 1997, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 1998, puis de 70 % dans une activité adaptée représentant un degré d'invalidité de 31 % dès le 1er janvier 1999. La rente a ainsi été limitée au 31 décembre 1998, ce que le recourant conteste.

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 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).

En l'espèce, dans son rapport du 12 décembre 1997 à l'intimé, le Docteur A_____ mentionne que le recourant présente un status après contusion dorso-lombaire importante avec hernie discale L4-L5 para-médiane droite avec effet compressif., des troubles statiques et dégénératifs lombaires et lombo-ssacrés avec troubles transitionnels importants. Il relève une fibromyalgie en évolution spectaculaire. L'assuré est en incapacité de travail de 100 % depuis l'accident et des mesures de reclassement professionnel sont vouées à l'échec, en raison de son état de détresse.

Il résulte du rapport de sortie de la clinique de Bellikon où l'assuré a séjourné, à la demande de l'assureur-accidents, du 25 juin au 23 juillet 1997, que le recourant souffre de douleurs lombaires basses continuelles, augmentant avec les mouvements et les charges. L'assuré était resté très fixé sur ses douleurs, de sorte qu'il n'a pas été possible de mettre en oeuvre une véritable physiothérapie. Un consilium psychiatrique a retrouvé une adaptation excessive et une attitude d'évitement des conflits accompagnée d'une humeur légèrement dépressive, pour laquelle une tentative de traitement médicamenteuse a été introduite. S'agissant des séquelles de l'accident, le Docteur C_____ a conclu à une capacité de travail théorique de 50 % étant donné l'absence de signes de lésions osseuses récentes et la normalité de l'examen neurologique. Une pleine capacité de travail pouvait être escomptée d'ici deux mois, le trouble de l'élaboration de la douleur ne pouvant être considérée comme une séquelle de l'accident.

Dans un rapport adressé le 2 mai 1997 au Docteur A_____, le Docteur D_____, Chef de clinique du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), avait relevé que la mobilité du rachis était très limitée en flexion et en extension et que les manœuvres de Lasègue renforçaient les douleurs lombaires de 30° à droite et 60° à gauche, sans qu'il y ait cependant de signe de signe radiculaire. L'examen neurologique était normal et les radiographies de la colonne lombaire ne montraient que très peu de signes dégénératifs, sans instabilité. En définitive, le recourant présentait des lombalgies aiguës suite à un traumatisme mineur ; il n'y avait pas de signe de compression neurologique et par conséquent pas d'indication chirurgicale. Le danger était la chronicisation et le Docteur D_____ était d'avis qu'il fallait être très agressif en remettant le patient au travail assez vite tout en continuant le traitement symptomatique.

6. Une observation professionnelle a été effectuée du 25 septembre au 24 décembre 2000 au CIP. Le rapport OSER conclut à une capacité résiduelle de travail suffisante pour permettre un reclassement dans des travaux simples et répétitifs, en position assise, à raison de 60 à 80 % sur un plein temps. Dans une activité adaptée à son atteinte, cette capacité pourrait même être entière au terme d'une période de mise au courant de quelques mois. Toutefois, le Docteur B_____, médecin du CIP, a proposé de mettre en œuvre une expertise médiale pour compléter le bilan et objectiver globalement, psychologiquement et physiquement, la situation. Ce

médecin a en effet constaté que l'apparence du recourant, avant le stage et après son interruption, reste extraordinairement figée, résignée et douloureuse. L'examen clinique est très difficile à réaliser objectivement, avec de nombreux signes de Waddell nettement, caricaturalement positifs. Il a relevé que quelles que soient les conclusions finales de l'AI, il semble malheureusement très probable, pour ne pas dire certain, que l'assuré restera incapable de gagner sa vie et dépendra d'une assistance.

Dans le cadre de l'expertise COMAI réalisée à la demande de l'intimé, le recourant a fait l'objet d'un examen clinique le 28 janvier 2002 et d'une consultation de psychiatrie par la Dresse E_____ le 30 février (recte : janvier ?) 2002. Du point de vue rhumatologique, l'assuré présente des lombo-pygialgies sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de minimes troubles dégénératifs, et d'un probable trouble somatoforme douloureux. Il est relevé que les constatations objectives ne permettent pas d'expliquer, à elles seules, la symptomatologie ressentie par le recourant. Sa capacité de travail dans son ancienne activité et évaluée à 80 % ; dans une activité adaptée avec port de charge, mouvements en porte-à-faux, bras de levier diminué, positions alternées, elle est estimée à 100 %.

Sur le plan psychiatrique, le médecin du COMAI a constaté qu'il n'y avait pas d'éléments permettant de retenir un épisode dépressif, qu'il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse, ni de symptômes de la ligne psychotique. Le diagnostic posé est celui de trouble somatoforme persistant. Le trouble est présent depuis 1997 et semble fixé, les ressources sont pauvres. L'atteinte à la santé sous forme de trouble somatoforme persistant important justifie une incapacité de travail évaluée à 75 %. Une activité à 25 % serait compatible.

Dans leur appréciation globale du cas, les médecins du COMAI ont cependant conclu à une capacité résiduelle de travail dans l'ancienne activité de 50 %, et de 70 % dans une activité adaptée, dès 1999, soit dès la fin des prestations de l'assurance-chômage le 4 novembre 1999. Cette appréciation a été faite compte tenu du fait que le recourant paraît détenir certaines ressources adaptatives résiduelles, notamment sur le plan de la vie sociale, et de son désir d'essayer une activité adaptée à ses handicaps.

Le recourant conteste cette appréciation globale, relevant que du seul point de vue psychiatrique, sa capacité de travail n'est que de 25 % .

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait

empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83,

spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

8. En l'occurrence, les experts du COMAI ont procédé à un examen clinique complet du recourant et les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'une séance de décision pluridisciplinaire. Lors du consilium, les experts ont été unanimes à reconnaître l'importance prépondérante de la problématique psychiatrique, malgré le fait que le recourant ait mis au premier plan ses souffrances physiques. Or, d'un point de vue objectif, ces douleurs ne reposaient pas sur des éléments suffisants. Sur le plan psychiatrique, le recourait ne présentait pas de comorbidité nécessitant une prise en charge psychothérapeutique ou médicamenteuse et ne souffrait pas d'un état dépressif. L'assuré verbalisait avant tout un fort sentiment d'inutilité et souhaitait pouvoir avoir un travail léger à temps partiel qu'il pourrait organiser sur la semaine. D'autre part, le recourant détenait certaines ressources adaptatives résiduelles : il sort dans le quartier, rend des visites à des amis et est inséré dans son milieu social. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Il y eu de relever au surplus que l'expertise du COMAI remplit les critères requis permettant de lui conférer pleine valeur probante (ATF 122 V 160 ; VSI 2000 p. 154). Le Tribunal de céans n'a dès lors aucune raison de s'écarter de l'appréciation globale des experts qui ont estimé qu'il persistait une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée dès 1999, soit dès la fin des prestations de l'assurance-chômage le 4 novembre 1999.

9. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré

peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente, soit l'année 1999 (ATF 129 V 222 ; 128 V 174).

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 1998 de 4'434 fr. , pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 1998, TA 1), soit réactualisé à 4'622 fr. en 1999 pour 41,8 heures habituelles (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2), le salaire annuel doit être fixé à 55'612 fr. Etant donné une capacité de travail de 70 %, le revenu brut déterminant s'élève à 38'928 fr. 40.

Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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; VSI 2002 p. 64).

En l'espèce, l'intimé a procédé à un abattement de 10 % pour tenir compte du changement de profession, ce qui est apparaît justifié. Il en résulte que le gain que le recourant pourrait encore obtenir s'élève à 35'035 fr. en 1999. Comparé au gain obtenu en 1998 de 52'633 fr., actualisé pour l'année 1999, soit 52'796 (cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1939-2003 in ; La Vie économique,11/2004, p. 87), le degré d'invalidité du recourant s'élève à 33,64 %, insuffisant pour continuer à bénéficier d'une rente.

L'intimé a supprimé la rente dès le 1er janvier 1999. A cet égard, le Tribunal de céans relève que selon le rapport du COMAI, le recourant a retrouvé une telle capacité de travail à la fin des indemnités de chômage, soit le 4 novembre 1999. Dans ces conditions, la rente accordée précédemment doit être versée jusqu'à la fin du mois de février 2000 (cf. art. 41 LAI et 88a al 1 RAI, applicables également en cas de premier octroi d'une rente, cf. ATFA I 299/03).

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 89H PA ; 61 let. g LPGA).

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. L'admet partiellement.

3. Dit et prononce que la rente d'invalidité doit être versée jusqu'à fin février 2000.

4. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 800 fr. à titre de dépens.

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 quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier:	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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