RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1830/02 **ATAS/104/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 3 MARS 2004

4ème Chambre

En la cause

Monsieur R_____, comparant par Maître Pierre GABUS en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13 — intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mme Doris WANGELER, Mme Maya CRAMER, juges

---

EN FAIT

1. Monsieur R_____, d'origine espagnole, marié et père d'un enfant, a longtemps exercé la profession de maçon. Suite à de fortes douleurs lombaires l'empêchant de poursuivre son activité, il s'est de lui-même reconverti dans le nettoyage en 1989. Dès le 1er mars 1990, il a ainsi travaillé en tant que nettoyeur auprès de l'entreprise X_____ SA à Carouge à raison de 9 heures par jour, 5 jours par semaine. A ce titre, il percevait un salaire annuel de 61'133 fr. en 1996. Il a également travaillé pour l'entreprise Y_____ (ci-après la Fondation) à Genève dès le 1er novembre 1996 à raison de quatre heures par semaine environ à 30 fr. l'heure, ce qui lui procurait un complément de salaire mensuel de 550 fr. Son activité lui rapportait en totalité un salaire annuel de 68'283 fr.

2. Le 29 janvier 1997, il a été en incapacité de travail à 100 % suite à l'intensification des douleurs lombaires et a consulté son médecin traitant, le docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce praticien l'a adressé au service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) aux fins d'examens, l'assuré souffrant de lombalgies en phase de décompensation aiguë, probablement sur troubles statiques et transitionnels lombaires et lombo-sacrés.

3. Le 17 mars 1997, le docteur B_____, chef de clinique des HUG, a rédigé un rapport à l'attention du médecin traitant en relevant qu'il s'agissait essentiellement de lombalgies basses de type mécanique avec irradiation de proche en proche le long de la musculature para-vertébrale jusque dans la région occipitale et vers la bas, sur la face postérieure des membres inférieurs jusqu'aux genoux. Il n'y avait pas de symptômes neurologiques de type troubles de la sensibilité. Il fallait à tout prix éviter une chirurgie, les lésions anatomiques étant minimes et le patient réunissant toutes les conditions pour maximaliser le traitement conservateur.

4. Le 6 mai 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en sollicitant la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelles (orientation professionnelle, reclassement dans une nouvelle profession et placement, ou rééducation dans la même profession).

5. Le 20 juin 1997, le docteur A_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) dans lequel il a diagnostiqué un syndrome vertébral lombaire sur troubles statiques et transitionnels lombo-sacrés avec spondylolisthesis L5-S1, des troubles

dégénératifs lombaires et lombo-sacrés minimes ainsi q'un syndrome cervical secondaire réactionnel en présence d'une discopathie C3-C4. L'atteinte à la santé durait depuis deux à trois ans environ et des mesures professionnelles étaient indiquées, notamment sous la forme d'un reclassement dans une activité plus légère et mieux adaptée sans levée ou port de charges, ni position debout ou assise de longue durée.

6. Dans un rapport intermédiaire du 17 décembre 1998, le médecin traitant a relevé que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire et qu'il ne pouvait ni lever ni porter de charges. Il ne pouvait pas non plus rester assis ou debout immobile trop longtemps. Il devait en outre éviter de travailler à genoux ou accroupi, de garder le buste incliné et de se baisser fréquemment. Sa capacité de travail dans sa précédente activité était nulle, mais un rendement prévisible de 100 %, éventuellement de 50 % était possible dans une autre profession. L'assuré parlait bien la langue et écrivait moins facilement, mais serait néanmoins en mesure d'effectuer un travail de surveillant de bâtiment public ou de concierge d'école.

7. Le 1er février 1999, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a décidé de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage professionnel auprès du Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI). Le stage était prévu pour une durée de quatre semaines dès le 15 février 1999 au Centre d'Intégration professionnelle (CIP). Après avoir rencontré l'assuré le 25 janvier 1999 et s'être entretenue avec la responsable administrative de la Fondation, la responsable de la division avait estimé cette mesure nécessaire, l'assuré étant décrit comme un employé qui travaillait très bien, qui savait prendre des initiatives, à qui l'on pouvait faire confiance et qui était capable d'assumer certaines responsabilités.

8. Le 9 mars 1999, la division de réadaptation professionnelle a décidé de mettre l'assuré au bénéfice de cours de français, d'anglais, d'arithmétique et de dactylographie à l'école du Rhône. Il n'avait pas commencé le stage prévu au COPAI car il avait repris contact avec les responsables de la Fondation qui lui avait proposé un réentrainement à l'effort à 50 % dans des tâches telles que supervision de l'équipe de nettoyage, commande du matériel d'entretien, petits travaux administratifs et entretien. Les responsables de la Fondation s'étaient engagés à engager l'assuré à 100 % à condition que sa santé ne se détériore pas et que les acquisitions faites lors des cours soient suffisantes.

9. Le 21 décembre 1999, la division de réadaptation professionnelle a pris note que le reclassement prenait fin le 31 décembre 1999, la direction de la Fondation

semblant de moins en moins disposée à engager l'assuré à plus de 30 %. Des démarches auprès de différentes régies en vue d'obtenir un poste de conciergerie n'avaient pas abouti. Le médecin traitant estimait que seule une occupation régulière à 50 % était possible pour l'assuré, ou un poste de conciergerie à plein temps à la condition qu'il l'exerce avec son épouse. Afin de déterminer les capacités réelles de l'assuré, l'OCAI a décidé de mettre en place un stage au COPAI de trois mois, du 17 janvier 2000 au 16 avril 2000.

10. Le 17 janvier 2000, l'assuré a commencé son stage au CIP, qu'il a interrompu le 2 mars 2000 sur certificat médical de son nouveau médecin traitant, le docteur D_____.

11. Le 3 février 2000, le docteur C_____, spécialiste en médecin interne et en maladies rhumatismales, a rédigé un rapport à l'attention du docteur D_____. Il a diagnostiqué une spondylose L5 bilatérale et un probable trouble somatoforme douloureux, vu l'ensemble de l'histoire de l'assuré (arrêt de travail remontant à trois ans, douleurs ostéoarticulaires et handicap fonctionnel sans commune mesure avec des lésions constatables, difficultés de tolérance aux efforts légers exigés lors du stage COPAI).

12. Le 17 mars 2000, le CIP a rédigé un rapport OSER. Selon les responsables, l'assuré était en mesure de travailler à 100 %, avec des rendements de 100 % en position assise et de 80 % en position debout (mais avec une période d'accoutumance, un rendement de 100 % également dans cette position) en tant qu'ouvrir d'usine, ouvrier au contrôle horloger, polisseur, magasinier-vendeur en pièces détachées ou vendeur en quincaillerie. Il devait éviter le port de charges importantes. Il pouvait être formé sur le tas en entreprise ou par une mise au courant dans les domaines du polissage, de l'horlogerie ou de la vente. L'assuré estimait cependant qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 50 %, ni avoir une activité quotidienne. Il affirmait ne plus être intéressé par le monde du travail, sa motivation demeurait fluctuante et ne laissait pas entrevoir une détermination marquée quant à son intégration professionnelle, sa principale préoccupation restant d'ordre familial.

13. Le 3 avril 2000, le docteur D_____ a adressé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'assuré avait déjà été vu par de nombreux spécialistes, dont le docteur C_____ n'était que le dernier exemple, et il craignait qu'une rente d'invalidité à 100 % ne soit la seule possibilité restante.

14. Le 8 juin 2000, la division de réadaptation professionnelle a préconisé une expertise médicale ou une observation dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI). La responsable rappelait qu'elle avait donné son accord pour l'arrêt du stage COPAI dans la mesure où l'assuré avait appris que sa femme de 35 ans avait le cancer et l'interruption du stage devait permettre à l'assuré d'aider sa femme à supporter le début des traitements et opérations. Un stage en entreprise avait été proposé à l'intéressé qui avait refusé en expliquant que c'était à son tour de s'occuper de sa femme, de l'obliger à manger etc. Il s'estimait par ailleurs trop malade pour travailler à 100 % et pensait que seul un 50 % serait possible.

15. Le 29 juin 2001, la Policlinique médicale universitaire à Lausanne, fonctionnant comme COMAI, a rédigé un rapport d'expertise après avoir examiné l'assuré le 2 avril 2001 et avoir consulté son dossier. Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de douleurs lombaires, aux deux épaules et cervicales (diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail) ainsi qu'un spondylolisthésis L5-S1 de grade I sans signe radiologique d'instabilité (diagnostic sans influence essentielle sur la capacité de travail). Ils avaient mis en évidence des discordances plutôt évidentes entre la déclaration selon laquelle le patient n'arriverait plus rien à faire et le fait qu'il pratique des activités sportives et qu'il avait pu monter deux étages d'escaliers en transportant un sac pesant 15 kilos sans difficulté apparente. Le patient s'était plaint non seulement de douleurs lombaires mais aussi de douleurs au niveau des épaules et de la région cervicale, pour lesquelles une origine organique n'avait absolument pas pu être retrouvée sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et du bilan radiologique. Les facteurs psychologiques jouaient un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur, mais les symptômes n'étaient pas produits intentionnellement ou feints. La douleur n'était pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés. L'épisode dépressif constituait cependant une comorbidité psychiatrique surajoutée au trouble somatoforme douloureux. La capacité résiduelle de travail en tant que nettoyeur avait été de 60 % depuis l'arrêt de travail de longue durée jusqu'en février 2000 et était de 40 % depuis mars 2000 en raison de l'état dépressif réactionnel. Elle demeurait actuellement de 40 % dans sa précédente activité, l'évolution pouvant être favorable suite à l'introduction du traitement antidépresseur et surtout en cas de rémission durable et guérison de l'épouse du patient, dans l'hypothèse d'une dépression réactionnelle. Dans le cas le plus favorable, l'assuré pourrait atteindre à nouveau une capacité de travail de 60 % dans le cadre de son activité de nettoyeur.

16. Le 17 juillet 2001, le docteur E_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a estimé que retenir une capacité de 60 % comme le faisait les experts du COMAI de 1997 à février 2000, alors qu'il avait été démontré qu'une capacité de 80 à 100 % était possible lors du stage en février 2000 paraissait anachronique et non réaliste. Selon lui, on ne pouvait retenir qu'une incapacité de travail de 20 % en relation avec une affection invalidante (ce qui n'était pas le cas ici pour le trouble somatoforme douloureux). En situation pratique, l'assuré avait démontré lors du stage que sa capacité de travail dans une activité adaptée pouvait atteindre 100 %.

17. Par projet de décision du 24 août 2001, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 20 % sur la base de l'avis du docteur E_____ et lui a expliqué qu'il projetait de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité.

18. Par courrier de son conseil du 30 octobre 2001, l'assuré a contesté ce projet en relevant que le rapport COMAI était clair et que les experts avaient conclu à une capacité résiduelle de travail de 60 %, ce dont l'OCAI n'avait pas tenu compte. Dès lors, cette capacité résiduelle lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité.

19. Le 7 février 2002, le service juridique de l'OCAI a persisté à considérer que la capacité de travail de l'assuré était de 20 % dans sa précédente activité. A la lecture du rapport COMAI, il ressortait que les douleurs ressenties par l'assuré s'accompagnaient de sentiments de détresse ne pouvant être expliquées par le processus physiologique, que la douleur n'était pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés, que l'assuré ne présentait pas de signes de la lignée psychotique et qu'il existait des discordances évidentes. Au vu de la jurisprudence, les troubles de l'assuré n'avaient ainsi pas un caractère invalidant et seule pouvait être retenue une incapacité de travail de 20 % liée à un état dépressif réactionnel.

20. Par décisions des 22 et 25 février 2002, l'OCAI a refusé à l'assuré toute prestation de l'assurance-invalidité en soulignant que le trouble somatoforme douloureux dont il souffrait ne présentait pas un caractère de gravité suffisant permettant de le qualifier d'invalidant. Dans cette mesure, il possédait une capacité résiduelle de 80 % dans sa précédente activité.

21. Par courrier du 8 avril 2002, l'assuré a interjeté recours contre ces décisions en relevant que le rapport des experts du COMAI était clair et qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter. Ceux-ci avaient expliqué que les symptômes ressentis n'étaient pas produits intentionnellement ni feints. Il a également joint un rapport du docteur D_____ du 15 mars 2002 dans lequel celui-ci mentionnait que

l'état physique et psychique de l'assuré était depuis longtemps parfaitement stable et qu'il n'y avait aucune modification notable depuis en tous cas deux ans. A son avis, le diagnostic d'état dépressif réactionnel était inexact dans la mesure où l'état dépressif était antérieur à la maladie de l'épouse du recourant. Il a souligné que depuis la rémission de la maladie, son état de santé ne s'était d'ailleurs pas amélioré. Quant à savoir si l'état dépressif nécessitait 20, 40 ou 50 % d'incapacité de travail, cela dépassait ses compétences en psychiatrie. Le recourant a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité.

22. Par préavis du 10 juin 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en se référant d'une part au rapport OSER et d'autre part à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux. Le rapport en question avait conclu à une capacité de travail résiduelle de 80 %, voire de 100 % après une période d'adaptation dans une activité sans port de charges importantes et en position assise. Quant au trouble somatoforme douloureux tel que diagnostiqué par les experts du COMAI, il n'avait pas valeur d'invalidité, plusieurs critères faisant défaut pour admettre le caractère invalidant de l'affection. Dans cette mesure, il se justifiait de se distancier des conclusions du COMAI et de ne retenir qu'une capacité résiduelle de travail de 80 % au lieu de 40 %, voire de 60 % en cas d'amélioration de l'état de santé du recourant.

23. Par réplique du 15 juillet 2002, le recourant a persisté dans ses conclusions en soulignant encore que le rapport COMAI devait être pris en compte et que le trouble somatoforme douloureux dont il souffrait était invalidant ainsi que les experts l'avait relevé. En outre, les calculs effectués par le docteur E_____ n'était aucunement une expertise médicale, raison pour laquelle seules les conclusions de l'expertise COMAI étaient relevantes. Le recourant a encore expliqué que l'OCAI n'avait jamais procédé à l'estimation du degré d'invalidité par comparaison des gains.

24. Le 9 septembre 2002, le recourant a adressé au Tribunal de céans (précédemment Commission cantonale de recours en matière AVS/AI) un courrier par lequel il l'informait avoir été engagé par la Fondation dès le 1er septembre 2002 pour un temps de travail de 25 %.

25. Le 28 octobre 2003, il a informé le Tribunal de céans que son activité s'exerçait à 50 % depuis le 1er janvier 2003, toujours à la Fondation. Son salaire annuel brut s'élevait à 42'412 fr. 50. Compte tenu de la péjoration de son état de santé, il indiquait néanmoins ne pas être en mesure d'augmenter son taux de travail pour l'avenir, un mi-temps demeurant le maximum de ce qu'il pouvait atteindre.

26. Appelé à se déterminer, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en date du 17 novembre 2003, estimant que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait le recourant n'était pas invalidant et que celui-ci pouvait mettre à profit, dans son activité habituelle, une capacité de travail de l'ordre de 80 %.

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

EN DROIT

1. 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 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 du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 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. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.

4. 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, dans la mesure où ce dernier souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi que d'un état dépressif de gravité moyenne.

4.a L'art. 4 al.1 aLAI 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). 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).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, 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). En outre, 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).

4.b En l'espèce, le recourant conteste le fait que l'OCAI se soit écarté de l'expertise COMAI réalisée par des experts pour ne retenir qu'une incapacité de travail de 20 % dans sa précédente activité, alors même que les divers médecins traitants amenés à se prononcer, dont les experts du COMAI, concluent à une capacité résiduelle de travail inférieure. Quant à l'intimé, il estime que plusieurs critères plaidant en faveur du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux font défaut, raison pour laquelle il se justifie de ne retenir que l'incapacité de travail découlant de l'état dépressif du recourant, soit 20 %.

Au vu de la jurisprudence susmentionnée, force est de reconnaître que cette manière de voir est exacte. Sans dénier une pleine valeur probante à l'expertise COMAI, laquelle répond en tout point aux critères de la jurisprudence en la matière, il sied de constater que nombre de critères mis en exergue par la jurisprudence en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, et permettant de se prononcer sur son caractère invalidant, font effectivement défaut. Ainsi, si les experts ont également diagnostiqué un épisode dépressif moyen, constituant

une comorbidité psychiatrique surajoutée au trouble somatoforme persistant (Expertise COMAI, pièce 8, fourre 3 OCAI, p. 21), cet état dépressif ne présente pas le caractère d'une comorbidité grave. En outre, les experts ont souligné que la douleur n'était pas expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques (p. 20) et le médecin psychiatre a décrit l'assuré en ne relevant aucun trouble de la pensée ni de signe floride de la lignée psychotique, en particulier pas de délire ni d'hallucination (p.17). Au surplus, la structure de la personnalité du recourant ne présente aucun traits prémorbides. Quant à l'anamnèse psychosociale, elle ne fait pas état d'une perte d'intégration sociale, bien au contraire (« la famille a des amis espagnols, italiens et suisse », « le recourant se rend souvent chez sa sœur mariée, mère de trois filles, qui habite près de chez lui, il pratique du sport pratiquement à rythme quotidien », p.11). Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité de la reprise de l'activité professionnelle apparaît certes réalisé, mais il n'est pas à lui seul suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier du caractère invalidant d'une incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux (ATFA non publié du 19 août 2003 en la cause I 53/03).

A cela, il convient d'ajouter que certains critères posés par la jurisprudence pour la recommandation de refus d'une rente d'invalidité sont présents. Ainsi, les experts ont souligné les discordances plutôt évidentes entre la déclaration selon laquelle le recourant n'arriverait plus rien à faire et le fait qu'il pratique des activités sportives et qu'il a pu monter deux étages d'escaliers en transportant un sac pesant 15 kilos sans difficulté apparente (p. 20). En outre, ils ont remarqué de grandes divergences entre les informations fournies par le recourant et celles ressortant de l'anamnèse, ce dernier se plaignant non seulement de douleurs lombaires mais aussi de douleurs au niveau des épaules et de la région cervicale, pour lesquelles une origine organique n'avait absolument pas pu être retrouvée sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et du bilan radiologique (p. 20).

Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'Office intimé s'est écarté de la capacité résiduelle de travail mise en évidence lors de l'expertise COMAI afin de retenir une capacité résiduelle de travail de 80 % dans son ancienne activité, laquelle se justifie tant au regard de l'analyse médicale du dossier que de celle résultant du rapport COPAI.

Dans la mesure où le recourant peut reprendre son ancienne profession et l'exercer à raison de 80 %, son degré d'invalidité s'élève dès lors à 20 %, taux insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente. Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté par Monsieur R_____ en date du 8 avril 2002 à l'encontre des décisions des 22 et 25 février 2002 de l'OCAI ;

Au fond :

1. Le rejette ;

2. 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 D_____ent 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