REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1876/2005 **ATAS/169/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 8 février 2006

En la cause

Monsieur B_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître LIRONI Marc	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente
Mmes Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le _____ 1965, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en 1983. Il a exercé diverses activités (serveur, carreleur, aide-monteur). Depuis le 1er mai 1991, il travaillait en qualité de garçon de salle au Café restaurant X_____ à Genève

2. Le 17 janvier 1998, son médecin-traitant, le Docteur A_____, l'a mis en incapacité de travail à 100 %. L'intéressé a mis fin à son contrat de travail avec effet au 28 février 1998 et n'a pas repris d'activité depuis lors.

3. Se plaignant d'une toux incoercible depuis novembre 1997, l'intéressé a déposé en date du 23 septembre 1998 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après l'OCAI) vissant à un reclassement professionnel.

4. Dans son rapport à l'OCAI du 8 octobre 1998, le Docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des poumons, médecin traitant, a posé les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire avec toux incoercible, primo-infection tuberculeuse, hypertension artérielle, hypercholestérolémie. Il mentionnait qu'il persistait une fatigabilité importante et que la toux restait gênante, particulièrement le matin et lors de l'exposition à tous les irritants respiratoires (fumée, poussière, odeurs fortes par exemple). Le patient était en incapacité de travail ; une reprise de l'activité professionnelle lui paraissait souhaitable, mais il fallait tenir compte du problème de toux et d'une certaine fatigabilité.

5. Le 6 avril 2000, le médecin traitant a attesté que son patient était en incapacité de travail à 100 % depuis janvier 1998 et que l'évaluation de juin 1998, évoquant une possible reprise dans un environnement protégé, s'est malheureusement révélée incorrecte.

6. L'OCAI a mis l'intéressé au bénéfice d'un stage d'observation professionnel au Centre d'intégration professionnel (ci-après CIP), section OSER, de Genève, du 1er janvier 2001 au 25 mars 2001. Le stage a été interrompu au bout de deux jours en raison d'une exacerbation de sa toux. Selon le Docteur B_____, médecin du CIP, l'assuré a rapporté à son médecin traitant que cette interruption a eu lieu à la demande des moniteurs du CIP, alors qu'il semble avoir dit au CIP que l'interruption a eu lieu sur ordre de son médecin traitant.

7. Le 4 janvier 2001, le Docteur A_____ a confirmé que son patient avait dû interrompre prématurément le stage au CIP pour des raisons médicales, l'environnement ayant aggravé de manière importante son problème de toux chronique. Il a fait parvenir à l'OCAI copies d'un rapport de la clinique de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 1er février 2001 ainsi que d'un rapport du Docteur C_____ du 5 mars 2001, dont il résulte que les

fonctions pulmonaires de son patient se révèlent dans les normes et qu'il présente une toux rebelle sans substrat somatique correspondant. Une composante psychique était certainement importante dans sa symptomatologie, raison pour laquelle les médecins des HUG préconisaient une expertise psychiatrique.

8. Mandaté par l'OCAI dans le cadre de la collaboration entre offices AI romands, l'Office AI du canton de Neuchâtel (ci-après l'Office AI), a fait procéder à une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'observation de l'assurance-invalidité (COMAI) de Lausanne.

9. Dans son rapport d'expertise du 5 décembre 2002, le COMAI relève que l'assuré a été examiné en date des 20, 23 et 29 août 2002, qu'il a fait l'objet d'un examen clinique, d'une consultation de psychiatrie et de neurologie. Le médecin psychiatre a observé que le patient parlait extrêmement bien le français, qu'il se montrait collaborant, différencié, mais frappant par un faciès triste, un ton de voix monocorde et un important ralentissement psychomoteur. Il a posé les diagnostics de somatisations et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Au vu du tableau clinique, de l'évolution lentement défavorable et de la persistance des troubles depuis six ans, le psychiatre déclarait qu'il lui paraissait illusoire que l'assuré puisse reprendre un jour une activité professionnelle et que l'on puisse envisager une réadaptation. La consultation de neurologie n'a pas mis en évidence une atteinte neurologique périphérique des membres inférieurs, ni d'atteinte polyneuropathique ou d'une souffrance des nerfs. Sur le plan strictement neurologique, le neurologue n'avait pas de proposition de traitement, étant donné la prédominance des facteurs psychogènes et il ne retenait pas d'incapacité de travail significative. Dans leur appréciation du cas, les experts, bien qu'ayant constaté un certain nombre de discordances manifestes, se sont déclarés convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de l'assuré et de l'importance des conséquences fonctionnelles dans sa vie quotidienne. Rien ne permettait cependant d'exclure avec certitude une simulation. Ils ont conclu que la capacité de travail était de 20 % au maximum dans une activité de type plutôt occupationnelle.

10. Le Docteur F_____, médecin de l'Office AI, considérant que la description psychopathologique était lacunaire, a proposé de confier une expertise au Docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin de clarifier la situation.

11. Dans son rapport du 23 janvier 2004, le Docteur D_____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, dysthymie (DD : état dépressif de gravité légère, non-observance au traitement (Efexor ; Zyprexa), personnalité à traits histrioniques et, sur l'axe IV, éventuel problème professionnel en 98, difficultés à retrouver un emploi, absence de qualifications professionnelles, problèmes socio-économiques, autres. Selon l'expert, l'assuré ne souffre

probablement pas d'un dysfonctionnement majeur de la personnalité, mais il présente des traits de personnalité histrionique. Il s'agit d'une tendance, d'une inclinaison du fonctionnement psychique du sujet qui, par conséquent, n'a pas valeur d'atteinte à la santé mentale. Au contraire de l'expertise du COMAI, le Docteur D_____ a mis en évidence une symptomatologie dépressive atypique de gravité tout au plus légère qui évoque soit un fond dysthymique ou éventuellement un état dépressif de gravité légère tout au plus. L'assuré ne toussait jamais lorsqu'il ne se croyait pas observé. L'expert s'est déclaré frappé par l'importante discordance entre les plaintes décrites et le comportement observé, l'intensité maximale des troubles en même temps que la description vague de ceux-ci, la faible prise de médicaments antalgiques, l'attitude très démonstrative ainsi que l'affirmation d'une impotence fonctionnelle grave. La capacité de travail exigible est supérieure à 80 % dans une activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, qui reste à démontrer. Du point de vue psychiatrique, le diminution de rendement est au maximum de 20 %, dans toute activité adaptée depuis février 1998, étant précisé que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible. Des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables, en raison de l'attitude de pseudo-coopération.

12. Par décision du 16 mars 2004, l'OCAI a refusé à l'intéressé l'octroi de mesures professionnelles.

13. L'intéressé a formé opposition en date du 5 avril 2004, faisant valoir qu'il est en incapacité totale de travailler depuis 1998 pour des raisons médicales et qu'il était toujours en traitement.

14. Le 23 mai 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que les conclusions de l'expertise du Docteur D_____ étaient convaincantes et qu'il présentait une capacité de travail supérieure à 80 %.

15. L'intéressé a interjeté recours le 26 mai 2005, alléguant souffrir depuis de nombreuses années de divers maux. Il rappelle que la première expertise avait conclu à une capacité de travail de 20 % et déclare ne pas comprendre les conclusions de la deuxième.

16. Le recourant, représenté par Me Marc LIRONI, a complété son recours en date du 23 juin 2005. Il se réfère à l'expertise réalisée par le COMAI en décembre 2002, laquelle concluait à une capacité de travail résiduelle de 20 % , et réfute les conclusions du Docteur D_____. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès lors que des mesures professionnelles ne sont pas de nature à maintenir ou améliorer sa capacité de gain.

17. Dans sa réponse du 11 juillet 2005, l'OCAI relève que l'expertise du Docteur D_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors que, dans

ses conclusions, l'expert explique très clairement les motifs pour lesquels il s'écarte de l'expertise du COMAI. Il conclut au rejet du recours.

18. Dans ses conclusions du 16 août 2005, le recourant fait valoir qu'au regard de la jurisprudence, les deux expertises revêtent pleine valeur probante ; il considère cependant que l'expertise du COMAI est plus complète, de sorte que ses conclusions doivent être suivies.

19. Les écritures ont été communiquées à l'OCAI.

20. Pour le surplus, les divers allégués des parties, ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier, seront repris en détail, 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. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Selon la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être

apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Aussi le droit à une rente doit- il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. Le litige consiste à déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement, subsidiairement à une rente de l'assurance-invalidité.

   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).

   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).

   L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il et invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

6. Conformément à l'art. 8 al. 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.

   A teneur de l'art. 17 LAI, l'assuré a doit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peu ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

   Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir droit au reclassement lorsqu'elle est de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les arrêts cités). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20 % peut déjà ouvrir un droit à une mesure de reclassement (cf. ATFA non publié du 18 octobre 2000 I 665/99).

7. Pour pouvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de 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).

8. En l'espèce, le Docteur A_____, médecin traitant du recourant, a posé les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire avec toux incoercible, status après primo-infection tuberculeuse traitée, hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 17 janvier 1998 et est liée à la toux persistante, qu'aucune mesure n'a permis de contrôler. Cette toux est exacerbée par tous les irritants respiratoires (fumée, poussières, parfums, odeurs, variations climatiques extrêmes, etc.). Dans son rapport concernant les capacités professionnelles du 21 mars 2000, le médecin a précisé que la capacité de travail était normale si l'environnement était adéquat.

L'observation professionnelle mise en place par l'intimé au début de l'année 2001 a été interrompue après deux jours par le recourant en raison d'une exacerbation de sa toux. Le 4 janvier 2001, son médecin traitant l'a mis en incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée.

Le recourant a séjourné à la clinique de médecine des HUG du 22 au 25 janvier 2001, pour investigations. Dans leur rapport du 1er février 2001, les médecins relèvent qu'une sarcoïdose de stade I avait été diagnostiquée en janvier 1998. Un traitement d'épreuve de Prednisone n'a pas amélioré la toux. Le bilan ORL et allergologique sont dans la norme; un bilan extensif cardiologique en raison d'une fatigue associée à une dyspnée et des douleurs rétrosternales ne montre pas de maladie cardiaque, mais un déconditionnement lié à un excès de poids et une activité physique extrêmement modeste. Le patient se plaignait d'une toux chronique, qui est anamnestiquement présente toute la journée, parfois la nuit. Pendant l'hospitalisation, les médecins n'ont pu objectiver qu'une toux occasionnelle à raison de 1 à 2 fois par jour. Le bilan biologique était entièrement dans la norme, de même que les fonctions pulmonaires. Les HUG ont conclu qu'il s'agissait d'un patient avec des plaintes somatoformes présentes depuis plusieurs années pour lesquelles ils n'ont jamais pu trouver une corrélation somatique. La toux était d'origine indéterminée, mais néanmoins une origine psychiatrique ne pouvait être exclue, raison pour laquelle ils ont proposé de recourir à une expertise psychiatrique.

Au vu du rapport des HUG qui n'ont pu mettre en évidence une cause organique, mais ont relevé des plaintes somatoformes, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise multidisciplinaire.

Le recourant a été adressé au COMAI de Lausanne qui l'a examiné les 20, 22 et 29 août 2002. Les médecins relèvent que le patient, qui a effectué une scolarité de niveau secondaire et débuté des études de pédagogie au Kosovo, n'a pu terminer ses études pour des motifs politiques et est venu en Suisse en 1983. Il a travaillé comme serveur jusqu'en janvier 1998. Le recourant se plaignait de céphalées, d'insomnies, de cauchemars, de malaises mal systématisées avec des vertiges, des tremblements diffus (non visibles mais ressentis intérieurement) et d'une toux survenant lors d'exposition à des irritants. L'anamnèse psychosociale révèle qu'il a effectué une scolarité aisée, que la famille semble très unie, son épouse le soutenant beaucoup. Les médecins ont constaté que le recourant s'exprimait bien en français, qu'il paraissait très déprimé, exprimant un très grand désarroi, une importante souffrance psychologique et un certain ralentissement psychomoteur. L'examen clinique, pour le reste, était sans particularité. Le Docteur J_____, psychiatre, a examiné l'assuré le 23 août 2002; au status, il relève que le patient est collaborant, différencié, mais frappe par une faciès triste, un ton de voix monotone et un important ralentissement psychomoteur. Le sommeil est très mauvais, avec des cauchemars, le patient dit avoir un très mauvais moral et souffrir d'une tristesse

permanente. Il dit ne pas présenter de baisse de l'estime de lui-même, ni d'idées suicidaires. L'expert a posé les diagnostics de somatisations, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, personnalité mal structurée. Le Docteur J_____ conclut qu'il est illusoire, au vu du tableau clinique et de l'évolution lentement défavorable, de penser que l'assuré puisse reprendre un jour une activité professionnelle ou envisager un reclassement.

Le recourant a été examiné le 29 août 2002 par le Docteur F_____, neurologue. A l'examen clinique, ce dernier n'a pas objectivé d'anomalie significative de la trophicité, des réflexes tendineux, de la force musculaire et de la coordination. L'IRM cérébrale et l'écho-Doppler se sont révélés dans les normes. Un EMG n'a apporté aucune preuve d'une atteinte polyneuropathique. Les céphalées sont très vraisemblablement tensionnelles - psychogènes, les sensations de tremblements intérieurs ont une origine probablement psychique. Sur le plan strictement neurologique, l'expert n'avait aucune proposition de traitement étant donné la prédominance des facteurs psychogènes et il ne retenait pas d'incapacité de travail significative.

Le COMAI a retenu les diagnostics suivants, avec influence essentielle sur la capacité de travail : somatisations, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, trouble spécifique de la personnalité (personnalité mal structurée), sarcoïdose pulmonaire traitée en 2000, sans évidence de récidive. Les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail sont les suivants : hypertension artérielle mal équilibrée sous traitement, diabète de type 2, non insulino requérant, traité, hyperlipidémie mixte, traitée, status après primo infection tuberculeuse traitée en 1998. Dans leur appréciation du cas, les médecins du COMAI relèvent que les nombreux examens effectués à la recherche d'une origine à la toux sont restés négatifs et que selon le patient, la toux s'est peu à peu résolue, ne survenant plus que par quintes environ trois fois par semaine. En revanche, des somatisations multiples sont progressivement apparues depuis 1998 et tant le psychiatre que l'interniste ont mis en évidence une comorbidité psychiatrique associée aux somatisations. Malgré une importante démonstrativité lors de l'examen clinique, de l'importance des somatisations, les experts du COMAI sont convaincus de l'authenticité du vécu douloureux de l'assuré et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives dans sa vie quotidienne. Ils ont toutefois noté un certain nombre de discordances assez manifestes; l'examen psychiatrique montre que le patient présente tous les symptômes compatibles avec état dépressif sévère, sauf une perte de l'estime de soi. A l'examen neurologique, il a été constaté une pallesthésie diminuée alors que l'EMG a permis d'exclure une polyneuropathie importante. De même, l'opposition de l'assuré à entreprendre un reclassement est extrêmement frappante. Dans le cadre de cette expertise, les médecins du COMAI ont affirmé que rien ne permettait d'exclure avec certitude une simulation. Ils ont jugé que la capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible était de 20 % au maximum, dans une activité de type plutôt occupationnel. La capacité de travail ne

pouvait pas être améliorée par des mesures professionnelles, car le recourant n'avait pas les ressources pour travailler dans le monde économique normal.

Au vu des conclusions de l'expertise du COMAI, le médecin de l'Office AI, a proposé de confier une expertise psychiatrique au Docteur D_____, pour clarification. Dans son rapport du 23 janvier 2004, le Docteur D_____ relève que l'expertise se fonde sur un entretien avec l'assuré le 8 octobre 2003, les tests cliniques et leurs corrections les 10 septembre et 8 octobre 2003, les examens paracliniques du 8 octobre 2003 ainsi que sur le volumineux dossier mis à sa disposition. A l'examen clinique, l'expert note que le tableau clinique est relativement atypique; il comprend une symptomatologie somato-psychique. L'assuré affirme se sentir souvent "très triste", signale une baisse de l'intérêt pour les activités de loisirs, sociales ou intrafamiliales, déclarant rester plutôt "isolé et seul". Etonnamment, il ne se dit pas tendu, ni irritable, mais serait facilement anxieux lorsqu'il y a trop de bruit, du monde et quand il est confronté aux odeurs fortes. Il n'y a pas de ruminations à thème d'auto-dépréciation, d'auto-dévalorisation au premier plan, de projets suicidaires ou d'idées de mort clairement formulés. Du point de vue anxieux, les critères ne sont pas réunis pour évoquer un trouble de l'anxiété tels que définis par le DSM-IV. Il n'y a pas d'éléments pour l'existence de phobies, de trouble obsessionnel compulsif, d'un état de stress post-traumatique, ni de signes de la lignée psychotique. L'expert s'est référé au DSM-IV et a posé les diagnostics, sur l'axe I de trouble somatoforme indifférencié, dysthymie (DD: état dépressif de gravité légère), non-observance au traitement, sur l'axe II de personnalité à traits histrioniques, sur l'axe IV : éventuel problème professionnel en 1998, difficultés à retrouver un emploi, absence de qualifications professionnelles, problèmes socio-économiques ou autres ? Il n'a pas retenu l'état dépressif sévère, tant au vu de l'observation clinique que des multiples éléments du dossier. Les traits de personnalité histrioniques ne valent pas atteinte à la santé mentale et ne justifient pas le manque de collaboration du patient, tant au niveau de son reclassement professionnel que pour l'observance au traitement. De son point de vue, la capacité de travail raisonnablement exigible est supérieure à 80 % depuis février 1998, dans une activité adaptée à ses compétences et à sa motivation qui reste toutefois à démontrer.

Se fondant sur cette expertise, l'intimé a refusé au recourant le droit à des mesures professionnelles.

9. Le recourant objecte que les deux expertises remplissaient les conditions de validité prescrites par la jurisprudence pour leur conférer valeur probante et reproche à l'intimé d'avoir retenu les conclusions de l'expertise du Docteur D_____, qui lui sont défavorables. Il considère pour sa part que l'expertise du COMAI doit l'emporter, dès lors qu'elle émane d'un collège d'experts.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En l'espèce, le Tribunal de céans constate que de l'avis unanime des médecins ayant examiné le recourant, une atteinte à la santé physique n'a pu être objectivée et que l'atteinte à la santé a pour origine une cause de nature psychique. Selon l'expertise du COMAI, du point de vue psychique, le diagnostic posé est celui de trouble dépressif sévère, épisode actuel sévère. Or, les experts mentionnent des faits importants, tels que des discordances assez manifestes et une attitude très démonstrative. S'agissant des discordances, le COMAI relève qu'à l'examen psychiatrique, le recourant présente tous les symptômes compatibles avec un état dépressif sévère, sauf la perte de l'estime de soi qui, précisément, est pratiquement toujours présente dans de tels états. De même, du point de vue neurologique, l'examen clinique mettait en évidence une pallesthésie diminuée à 2/8 alors que l'EMG pratiquée a permis d'exclure une polyneuropathie importante. L'opposition du recourant à entreprendre un reclassement est décrite comme extrêmement frappante. Enfin, le COMAI déclare que "les nombreux signes de non organicité, l'importance des troubles mnésiques dont il fait part sont à notre avis à interpréter dans le sens de manifestations inconscientes que l'on retrouve très souvent chez ces patients souffrant de somatisation, mais nous n'avons dans le cadre de cette expertise médicale, rien qui nous permette d'exclure avec certitude une simulation". Le Tribunal ne comprend pas les conclusions des médecins du COMAI qui, malgré tout, se disent convaincus de l'authenticité du vécu douloureux et de l'importance des conséquences fonctionnelles négatives dans la vie quotidienne du recourant, estimant la capacité résiduelle de travail à 20 % au plus dans une activité occupationnelle. De telles conclusions ne sont guère convaincantes.

S'agissant de l'expertise du Docteur D_____, le Tribunal relève qu'elle comporte une anamnèse détaillée, décrivant les circonstances de l'expertise, les antécédents personnels et médicaux, l'anamnèse affective, professionnelle et socio-économique. Le Docteur D_____ a pris en compte les plaintes du recourant, a fait part de ses constatations objectives résultant de l'examen clinique, et, enfin, a posé des diagnostics dans le cadre d'une classification reconnue. Concernant les divergences, il y a lieu de relever que l'expert a discuté chaque diagnostic et expliqué pourquoi il s'écartait de l'expertise du COMAI. Il a notamment exposé que le diagnostic de trouble dépressif sévère ne pouvait pas être retenu, au vu de la

symptomatologie dépressive atypique. Il a aussi souligné que le consultant de psychiatrie du COMAI semblait s'appuyer sur des données anamnestiques lacunaires, que l'examen clinique paraît simplement dresser la liste des plaintes subjectives du recourant et, enfin, qu'il n'avait pas participé au colloque de synthèse multidisciplinaire du COMAI, car il a été remplacé lors de cette discussion par le Docteur CIUSANI, psychiatrie, qui, lui, n'avait pas examiné l'assuré. Ces éléments à eux seuls jetaient un doute sur la valeur probante de ces conclusions psychiatriques.

Le Tribunal de céans constate que la description du contexte médical et l'appréciation médicale effectuées par le Docteur D_____ sont claires et que ses conclusions, détaillées, sont bien motivées. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante aux conclusions du Docteur D_____, qui emportent la conviction du Tribunal de céans.

10. Dès lors que le recourant présente une capacité de travail supérieure à 80 % dans une activité adaptée à ses compétences, mais qu'il est opposé à toute mesure de reclassement, c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles. Pour le surplus, le droit à une rente d'invalidité n'entre pas en ligne de compte, le degré d'invalidité étant, quoi qu'il en soit, inférieur à 40 %.

    Mal fondé, le recours doit être rejeté.

****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

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