RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1903/2004 **ATAS/852/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 5 octobre 2005

En la cause

Monsieur D_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 27 mars 1950, d'origine portugaise, a travaillé en Suisse depuis 1988 en qualité de maçon.

2. Le 10 avril 1989, alors qu'il travaillait sur un chantier, l'intéressé a été victime d'un accident ; suite à la rupture d'un câble de levage de panneau de coffrage, il a reçu le câble de la grue sur l'arrière de la tête. Les médecins ont diagnostiqué une contusion, sans fracture ; le status neurologique était normal. L'intéressé a été en incapacité de travail à 100 % du 10 avril 1989 au 19 avril 1989, date à laquelle il a repris le travail à temps complet. En mai 1990, un nouveau bilan radiologique conventionnel a été pratiqué au niveau cervical et montrait un rétrolisthésis de C3 sur C4. L'accident a été pris en charge par la SUVA.

3. L'intéressé a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en date du 29 octobre 1999, en raison d'une aggravation progressive des douleurs dans la nuque depuis l'accident de 1989.

4. Dans son rapport à l'OCAI du 28 avril 2000, le Docteur A_____, médecin traitant, a indiqué que son patient était en traitement depuis le 31 mars 1998. Il a diagnostiqué une cervicarthrose C3-C4 avec obturation partielle des trous de conjugaisons à droite, un syndrome cervico-brachial bilatéral dominant à droite, une hypertension artérielle et un état dépressif réactionnel chez un malade chronique dont la famille réside au Portugal. L'assuré est en incapacité de travail à 100 % depuis le 28 septembre 1998. Le médecin rappelle que l'assuré a été victime d'un accident de chantier en 1989, peu investigué. Il a relevé que les différents traitements n'ont eu qu'un effet temporaire, avec installation d'un état dépressif, ce malade vivant loin de sa famille. Une reprise de travail en tant que maçon était impossible et une réadaptation professionnelle lui paraissait illusoire. Il estimait qu'une rente d'invalidité se justifiait.

5. L'OCAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au COMAI de Lausanne. L'assuré a été examiné les 18 septembre, 25 septembre, 5 octobre et 12 octobre 2001. Il a fait l'objet d'un examen clinique, neurologique, psychiatrique et rhumatologique. Dans son rapport du 13 décembre 2001, le COMAI relève que les examens radiologiques ont montré une discarthrose C3-C4. La consultation de neurologie n'a pas révélé de déficit neurologique et d'un point de vue strictement neurologique, la capacité de travail est complète dans l'activité de maçon. Le rhumatologue a constaté que l'assuré présentait des cervico-brachialgies et des lombalgies chroniques dans le contexte d'une cervicarthrose minime sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, associées à une hypercontracture de la ceinture scapulaire et pelvienne et d'une fibromyalgie. La capacité de travail dans son activité antérieure de maçon a été estimée à 70 % et dans une activité adaptée, avec

prise en charge physiothérapeutique adéquate et médicamenteuse myorelaxante et antalgique, à 100 % . Le psychiatre ayant examiné l'assuré a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent et trouble somatoforme douloureux. Selon lui, une réadaptation professionnelle semblait illusoire et la capacité de travail était de 35 %, même dans une activité adaptée. Un traitement adéquat de l'état dépressif pourrait permettre à l'assuré de recouvrer en partie une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, ce dans un futur assez éloigné. Lors du colloque de synthèse multidisciplinaire, les médecins du COMAI ont exprimé leurs doutes quant au retentissement réel au niveau de la capacité de travail des troubles psychiques et ont déclaré qu'ils ne partageaient pas l'avis de leurs consultants en psychiatrie quant à l'importance de la diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques strictes. Il a été relevé une majoration des symptômes évidentes et l'appréciation globale selon le modèle bio-psychosocial a conduit le COMAI à conclure à une capacité de travail résiduelle en tant que maçon de 60 %. Avec un suivi psychiatrique régulier et éventuellement une augmentation de la dose médicamenteuse, une amélioration de la capacité de travail jusqu'à 70 % n'était pas à exclure dans le futur.

6. Dans une note du 2 janvier 2002, le Docteur B_____, médecin de l'OCAI, a estimé que l'évaluation psychiatrique faite au COMAI était très insuffisante, dans la mesure où les critères de la récurrence n'existaient pas dans le rapport. Quant au Docteur C_____, médecin de l'Office AI du canton du Jura, il a souligné dans une note du 30 septembre 2002 adressée à l'OCAI de Genève, la discordance entre le psychiatre et les autres experts : l'expertise du COMAI semblait une sorte de compromis flou entre les somaticiens et le psychiatre. Le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent était mal étayé au regard des critères de l'ICD-10. Le Docteur C_____ notait qu'il avait l'impression que l'assuré voulait rentrer chez lui pour vivre avec sa famille dont il vivait séparé. Il a proposé de soumettre ce cas au SMR afin qu'il se prononce sur le diagnostic psychiatrique.

7. Le SMR LEMAN a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré en novembre 2002. Dans son rapport du 10 décembre 2002, le Docteur E_____, psychiatre, mentionne qu'il n'a pas objectivé de signes florides de la lignée dépressive, ni de la ligne psychotique, ni de troubles de la personnalité morbide. L'assuré était détendu et très collaborant. Il était très démonstratif et verbalisait de nombreuses somatisations. Il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qu'il a qualifié d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique. Dans son appréciation du cas, il relève que l'examen a montré une discordance nette entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Il n'a pas noté de perturbation de l'environnement psycho-social et la capacité de travail exigible du point de vue psychiatrique est de 100 %.

8. Par décision du 10 mars 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son état de santé ne l'empêchait pas de travailler normalement comme maçon ou dans une autre activité.

9. Représenté par Me Gilbert BRATSCHI, l'assuré a formé opposition en date du 10 avril 2003, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans ses écritures complémentaires du 31 octobre 2003, l'assuré a conclu à ce qu'une sur-expertise psychiatrique soit ordonnée. Il reproche à l'OCAI d'avoir donné la préférence à la deuxième expertise psychiatrique quant à la valeur probante de ses conclusions et produit un certificat du Docteur A_____ du 4 octobre 2003, aux termes duquel sa capacité de travail dans sa profession de maçon est nulle, de façon définitive.

10. Par décision du 6 août 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, se référant aux conclusions du SMR LEMAN.

11. L'assuré a interjeté recours en date du 14 septembre 2004. Il fait valoir que dans le cadre de l'expertise COMAI, le médecin psychiatre, le Docteur F_____, avait posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, avec une capacité de travail résiduelle de 35 %, même dans une activité adaptée. Il s'insurge contre le fait que l'OCAI, après avoir ordonné un examen SMR, accorde la préférence au rapport du psychiatre dudit SMR. Il considère que les expertises sont loin d'être convaincantes et signale qu'une maladie du système de la mastication a été récemment diagnostiquée ; une expertise pourrait se révéler nécessaire afin d'examiner les problèmes liés aux vertiges et troubles de l'équilibre. Il a sollicité sa comparution personnelle et conclu en rappelant que le Docteur A_____ a confirmé dans son rapport que sa capacité de travail était nulle, de façon définitive.

12. Dans sa réponse du 22 octobre 2004, l'OCAI relève que l'appréciation du Docteur F_____, psychiatre ayant examiné le recourant au COMAI, a été contestée lors de l'évaluation finale réunissant tous les experts. Les experts avaient noté des discordances, tant au plan somatique que psychiatrique, entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectifs. Ils avaient aussi constaté que l'anamnèse psychiatrique était pauvre. Afin d'éclaircir la situation, la mise en œuvre d'un examen psychiatrique a été confié au SMR LEMAN ; le rapport du Docteur E_____ est sans ambiguïté. S'agissant des problèmes liés aux vertiges et troubles de l'équilibre, ils ont déjà été pris en compte dans l'expertise du COMAI. L'OCAI conclu au rejet du recours, dès lors que l'atteinte à la santé présentée par le recourant n'est pas invalidante.

13. Le 9 décembre 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions, rappelant qu'il ne voyait pas pourquoi l'OCAI a donné la préférence aux conclusions du SMR LEMAN.

14. Par courrier du 11 janvier 2005, l'OCAI expose que les conclusions du Docteur F_____ n'étaient pas en adéquation avec les faits décrivant l'atteinte psychique du recourant, alors que le Docteur E_____ a tenu compte de tous les éléments du dossier.

15. Ce document a été dûment communiqué au recourant.

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 6 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. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). 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 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est 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).

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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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.

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

6. En l'espèce, il résulte du dossier médical que suite à l'accident dont il avait été victime en 1989, le recourant avait subi une contusion à l'arrière de la tête. Aucune fracture n'avait été constatée et le status neurologique était normal. Il avait repris le travail à temps complet dès le 19 avril 1989 jusqu'au 28 septembre 1998, date à laquelle il a cessé toute activité.

   Le Docteur A_____, médecin-traitant, indique dans son rapport du 28 avril 2000, que le recourant est en traitement depuis le 31 mars 1998, pour une cervicarthrose C3-C4, un syndrome cervico-brachial bilatéral dominant à droite et un état dépressif réactionnel chez un malade chronique dont la famille réside au Portugal. Le recourant est en incapacité de travail à 100 % depuis le 28 septembre 1998 et ne peut exercer le métier de maçon. Il estime que l'octroi d'une rente est justifié.

   Le recourant a été examiné au COMAI de Lausanne, dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire. Les examens radiologiques ont confirmé une discarthrose C3-C4,. L'examen neurologique n'a pas révélé de déficit neurologique, de sorte que sur ce plan, le neurologue a conclu à une capacité de travail complète. Quant au rhumatologue, il a rapporté que l'assuré présentait des cervico-brachialgies et des lombalgies chroniques dans un contexte d'une cervicarthrose minime, sans signes

radiculaire irritatifs ou déficitaires, associés à une hypercontracture de la ceinture scapulaire et pelvienne, ainsi qu'une fibromyalgie. Pour le rhumatologue, c'est surtout ce dernier point qui est probablement un facteur contribuant à l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse, qui se traduit par un comportement maladif inadéquat. Le recourant a été examiné par le Docteur F_____, psychiatre, qui a constaté que le patient était collaborant et ouvert. Il a décelé une hypocondrie, une anhédonie, de la tristesse, des troubles importants du sommeil causés par des douleurs, une perte d'appétit et une isolation progressive. Le patient présentait une baisse de l'estime de soi, mais aucune idéation suicidaire. L'expert n'a objectivé aucun symptôme floride de la lignée psychotique. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent et trouble somatoforme douloureux. La capacité de travail était évaluée à 35 %, avec une possibilité de recouvrir une capacité de 50 % avec un traitement adéquat de l'état dépressif. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont noté que le recourant était au bénéfice d'un traitement antidépresseur depuis mars 1999, mais que le seul suivi psychiatrique spécialisé, demandé par le Docteur G_____, n'avait eu une durée que de 3-4 consultations. Ils ont relevé que sur le plan somatique, la seule lésion organique objectivée était la cervicarthrose C3-C4, mais les lésions dégénératives au niveau de la colonne cervicales devaient être qualifiées comme modérées chez un patient de plus de 50 ans. Des discordances ont d'autre part été relevées entre les plaintes du patient et son comportement, dès lors qu'il n'adoptait aucune position antalgique, ne se levait jamais et déclarait pouvoir conduire son véhicule pour se rendre au Portugal. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail a été évaluée à 70 % dans l'activité de maçon et 100 % dans une activité plus légère. Sur le plan psychiatrique, le collège des experts a également relevé des discordances : lors de l'entretien avec l'expert principal, le patient avait clairement évoqué le désir de rentrer au Portugal auprès de sa famille, alors qu'au consultant psychiatre, il a déclaré vouloir rester en Suisse, car il se sentirait mieux soigné et encadré du point de vue médical. Enfin, devant l'expert principal, le recourant a évoqué surtout une variation de sa thymie, ce qui contrastait avec le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent. D'autre part, l'anamnèse psychiatrique était pauvre et les extraits du dossier ne font état de troubles psychiques, pour la première fois, qu'en mars 1999.

Lors du colloque de synthèse multidisciplinaire, les médecins du COMAI ont exprimé leurs doutes quant au retentissement réel au niveau de la capacité de travail des troubles psychiques et ont déclaré qu'ils ne partageaient pas l'avis de leurs consultants en psychiatrie quant à l'importance de la diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques strictes. L'appréciation globale du COMAI, selon le modèle bio-psychosocial, concluait à une capacité de travail résiduelle en tant que maçon de 60 % depuis le mois de septembre 1998. Une prise en charge psychiatrique appropriée était susceptible de favoriser une amélioration de la capacité de travail.

Au vu de ce désaccord, l'intimé a requis un l'avis du SMR LEMAN. Le recourant a été examiné par le Docteur H_____, psychiatre, en date du 25 novembre 2002 ; l'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique. La capacité de travail est en conséquence de 100 % du point de vue psychiatrique.

7. Le recourant conteste la valeur probante du rapport du SMR LEMAN, considérant qu'il n'y a aucune raison de privilégier ce dernier par rapport à celui du COMAI.

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'occurrence, le Tribunal de céans constate que du point de vue somatique, les médecins du COMAI ont conclu à une capacité de travail totale du point de vue neurologique dans l'activité de maçon, et, du point de vue rhumatologique, à 70 % dans l'activité de maçon ou 100 % dans une activité plus légère. Les médecins ont en revanche clairement manifesté leur désaccord avec leur consultant en psychiatrie, tant au regard du diagnostic que celui de sa répercussion sur la capacité de travail du recourant. Leur appréciation globale retient une capacité de travail de 60 % dans l'activité de maçon, avec possibilité d'amélioration à 70 %. Enfin, à la question de l'OCAI quant au rôle que peut jouer le souhait du recourant de rejoindre sa famille au Portugal, les experts ont déclaré qu'il n'était pas possible d'exclure de façon catégorique que ce facteur ait pu jouer un rôle sur l'évolution et les plaintes. En revanche, ils pensaient que la complexité de la situation de l'assuré ne pouvait pas être réduite à une interprétation trop restrictive en ce sens, dès lors que le recourant vivait éloigné de sa famille depuis 1988.

Face au désaccord clairement exprimé par les médecins somaticiens du COMAI quant aux conclusions de leur consultant en psychiatrie propre à mettre en doute la valeur probante de ces dernières, l'intimé était fondé à requérir un autre avis psychiatrique. Or, selon les constatations du Docteur E_____, le recourant ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique. Le recourant conteste ce rapport, considérant qu'il n'y a pas lieu le privilégier.

Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, le désaccord manifeste des médecins du COMAI ne permet pas d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions de leur consultant en psychiatrie.

En analysant les deux rapports des psychiatres, il y a lieu de relever que les constatations objectives du psychiatre du COMAI et celles du SMR LEMAN se rejoignent sur bien des points ; le patient est décrit comme détendu, collaborant et orienté aux trois, voire quatre modes, il n'a aucune baisse de la vigilance et répond de façon précise aux questions. Il présente des troubles du sommeil importants selon l'expert du COMAI, deux fois par semaine environ selon le médecin du SMR LEMAN. Le patient ne présente aucune idée suicidaire. L'anamnèse ne révèle aucune pathologie psychiatrique ayant nécessité une prise en charge hospitalière ou ambulatoire, mis à part la prescription d'antidépresseurs par son médecin-traitant pendant six mois. Les psychiatres mentionnent tous deux une symptomatologie douloureuse importante verbalisée par le patient. En revanche, le médecin du COMAI relève que le patient a décrit une vie plutôt solitaire, alors que le psychiatre du COMAI n'a pas noté de perturbations de l'environnement pycho-social. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu par les deux psychiatres.

8. 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 comorbité 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. 76 ss, spéc. 80 ss).

Selon la jurisprudence, la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes, consiste à poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre 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, Somatoform Störungen : Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p. 154 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

En l'espèce, s'agissant du diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent posé par le psychiatre du COMAI, le Tribunal de céans observe qu'il n'apparaît pas suffisamment documenté ni justifié sur la base des constatations objectives et de l'anamnèse. Ce diagnostic a par ailleurs été sérieusement mis en doute par les médecins cliniciens du COMAI. Le psychiatre du SMR LEMAN rappelle que le dossier médical du recourant ne fait état d'aucune pathologie psychiatrique antérieure et que le traitement médicamenteux a été stoppé il y a six mois.

Au vu de ce qui précède, la valeur probante des conclusions du psychiatre du COMAI ne peut être dès lors admise. En conséquence, le Tribunal de céans se référera aux conclusions du psychiatre du SMR LEMAN, dont le rapport remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Il convient ainsi de retenir que le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique.

C'est en vain que le recourant invoque l'avis du Dr A_____, médecin-traitant, étant rappelé que selon la jurisprudence du TFA, à la différence de l'expert, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est en effet dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin ; le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). Le Tribunal de céans relève que le médecin-traitant ne fait pas état d'autres plaintes ou pathologies et que l'accident dont le recourant aurait été victime en 2002 (coup du lapin) n'est étayé par aucun document.

9. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le trouble somatoforme douloureux dont est atteint le recourant n'est pas invalidant. L'OCAI était ainsi fondé à nier tout droit à des prestations.

   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