RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1939/2003 **ATAS/225/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 17 mars 2005

3ème chambre

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à Meyrin, mais comparant par Me Marc MATHEY-DORET, en l'Etude duquel il élit domicile.

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, juges.

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1955, est marié et père de deux enfants. Arrivé en Suisse en 1985, il a travaillé durant trois ans comme chauffeur puis, successivement, pour trois entreprises différentes en qualité de ferrailleur et de maçon. En dernier lieu, il a été employé par X_____, du 16 juin 1997 au 19 octobre 1999.

2. Après une chute en 1986, l'intéressé a développé des lombalgies basses à droite comme à gauche, qui ont progressivement augmenté et abouti, le 27 août 1997, à un blocage lombaire et à une incapacité de travail totale.

3. Le Dr L_____, chiropraticien, a diagnostiqué un syndrome douloureux complexe associant lombalgies communes récidivantes, gonalgies droites et cervicalgies (cf. rapport du 30 septembre 1997).

4. Le 30 octobre 1997, les Drs M_____, N_____ et O_____, de la Division de Pharmacologie clinique et de Psychiatrie de liaison des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont confirmé ce diagnostic (trouble somatoforme douloureux sous forme - principalement - de lombalgies chroniques ; pièce 1 fourre 3 OCAI). Ils ont précisé qu'il y avait globalisation des douleurs, lesquelles s'emparaient du patient de manière continue et quelle que soit son activité. Ils ont préconisé une physiothérapie et la prise de médicaments, ajoutant que si ce traitement avait un certain effet de soulagement ou antidépresseur, il faudrait envisager la reprise de l'activité professionnelle à temps partiel, peut-être dans un autre cadre professionnel.

5. Une scannographie, pratiquée le 16 février 1998, a révélé des lésions dégénératives et une discopathie modérées de L4-L5 et L5-S1, une arthrose interapophysaire postérieure de L5-S1 et une irrégularité de l'axe de la lame de L5-S1 droite (cf. rapport du Dr Christophe KOLO).

6. Le 24 février 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

7. Le Dr P_____, neurologue, a diagnostiqué, le 13 mars 1998, une tendance à la verticalisation des articulations et un canal lombaire diminué, ce qui a par la suite été confirmé par le Dr Q_____, du service de neurochirurgie des HUG et du CHUV.

8. Questionné par l'OCAI, le Dr R_____, médecin traitant de l'assuré, a confirmé l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avec atteinte à la santé depuis août 1997 (cf. rapport médical du 26 mai 1998). Il a estimé que l'incapacité de travail avait été totale du 27 août 1997 au 28 février 1998, mais précisé qu'il lui

était impossible de fournir des indications sûres. Il a cependant émis l'avis qu'il n'y avait pas de contre-indication à exerce la profession de maçon. Il a enfin relevé que l'examen clinique auquel il avait procédé en janvier 1998 n'avait rien révélé de particulier, les radiographies et scanner lombaires ayant montré des lésions génératives discrètes sans signe biologique d'inflammation. Le médecin a enfin indiqué avoir permis une reprise de travail à compter du 1er mars 1998.

9. L'assuré souffre en outre de problèmes ophtalmiques : son œil gauche est moyennement myope et son œil droit très hypermétrope. Cette grande différence de réfraction entre les deux yeux constitue une amblyopie. Le Dr S_____, ophtalmologue, a indiqué, dans un courrier daté du 20 janvier 1999 et adressé au Dr T_____, s'agissant de l'œil droit, que l'acuité visuelle était de 0,05 - quelle que soit la correction – et la vision de près impossible ; l'acuité visuelle de l'œil gauche était de 1,0 avec – 2,50, la vision de près de 0,8, faible, sans correction. Le médecin a indiqué que l'œil droit était organiquement dans les limites de la norme et la vision de près excellente à l'œil gauche sans correction. Il a par ailleurs estimé que, vu le status orthoptique dans la limite de la norme et la bonne vision, les douleurs dont se plaignait le patient n'étaient pas liées à la zone ophtalmologique et a dès lors exclu un problème purement oculaire.

10. Dans leur rapport médical du 13 avril 1999, les Drs U_____, N_____ et M_____ du Centre multidisciplinaire d'évaluation et du traitement de la douleur des HUG ont diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils ont indiqué que la situation, sur le plan psychiatrique, était encore compliquée par un état anxieux, que le patient présentait un « envahissement complet du langage par la plainte » et se montrait, du moins lors des consultations, « non rassurable » ; qu'une tentative de prise en charge psychiatrique avait eu lieu en début d'année 1998 par le Dr V_____, que le patient avait stoppé après sept séances, faute d'en voir l'utilité. Face à cette situation qualifiée d'extrêmement difficile, les médecins ont proposé de continuer la prise en charge régulière du patient et de l'encourager à reprendre une activité physique régulière. Sur le plan professionnel, ils ont estimé qu'il ne semblait pas y avoir de contre-indication du point de vue somatique à une reprise progressive du travail mais noté que la limite était clairement l'état psychique du patient, marqué par une anxiété, avec une composante hypocondriaque. Ils ont recommandé qu'en cas d'expertise médicale, l'état psychiatrique du patient soit pris en compte.

11. L'assuré a également été examiné par le Dr P_____, neurologue. Ce dernier, dans son rapport du 12 mai 1999, a fait état de douleurs cervico-faciales droites avec hypoesthésie relative de l'hémiface droite dans le cadre de douleurs tensionnelles musculaires (annexe pièce 2 fourre 3 OCAI). Aucun argument pour une atteinte du système nerveux central ou périphérique n'a été retenu. Aucune indication n'a été donnée quant à une éventuelle capacité de travail.

12. Le 22 septembre 1999, le Dr T_____, rhumatologue, a également établi un rapport médical. Il y a indiqué que le patient avait besoin d'une psychothérapie en plus des médicaments. Le médecin a confirmé la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Il a par ailleurs mentionné un état anxieux, des lombalgies et des cervicalgies chroniques, une colopathie fonctionnelle, ainsi qu'un canal lombaire rétréci en L3-L4 sans symptomatologie neurologique. Son état a été décrit comme stationnaire. S'agissant de la capacité de travail, le médecin a indiqué qu'elle avait été de 0% du 28 août 1997 au 13 septembre 1998, de 50% du 14 septembre 1998 au 4 octobre 1998, de 0% à nouveau du 9 novembre 1998 au 17 novembre 1998, de 50% du 18 novembre 1998 au 6 décembre 1998 et enfin, de 0% depuis le 7 décembre 1998. Il a estimé qu'aucune activité ne serait adaptée aux limitations de l'assuré. A cet égard, il a expliqué que les différentes propositions thérapeutiques médicamenteuses avaient été mises en échec systématique ainsi que toutes les autres propositions de travail. Le médecin a estimé que sur le plan physique, il n'y avait pas de grande contre-indication à reprendre un travail éventuellement plus léger ; il a cependant rappelé la mise en échec constante due au discours douloureux et la composante anxieuse et hypocondriaque (cf. pièce 2 fourre 3 OCAI).

13. Faute de poste adapté dans son entreprise, l'assuré a été licencié avec effet au 19 octobre 1999.

14. Dans un rapport daté du 7 février 2000, le Dr V_____, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il lui était impossible de fournir des indications sûres quant à la capacité de travail de l'assuré.

15. Le 7 mars 2000, le Dr P_____ a confirmé son rapport précédent et décrit son patient comme inquiet, anxieux et probablement déprimé. Il a suggéré une thérapie sous forme de soutien psychiatrique.

16. Le 19 septembre 2000, le Dr S_____, ophtalmologue, précisé au médecin conseil de l'OCAI que la vision de l'œil droit de son patient était inférieure à 10% et relevé que ce dernier rencontrait de ce fait un gros problème de vision stéréoscopique qui excluait de ses possibilités tout travail minutieux ainsi que toute activité où sa sécurité et celle des autres importait.

17. Un stage d'observation professionnelle a été mis sur pied en novembre 2000 par l'OCAI pour évaluer les capacités de travail de l'assuré. Il en est ressorti que la position debout était inutilisable professionnellement, que l'assuré avait besoin de changer de position toutes les heures, que le port de charges et la position penchée devaient être évitées. Sa capacité résiduelle de travail a été estimée à 70% (plein temps avec rendement de 70%) dans le secteur industriel léger. Il a été relevé que la mesure avait été interrompue le 21 janvier 2001, en raison du manque de

motivation et d'engagement de l'assuré et que ce dernier ne collaborait pas en vue de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.

18. Les 23 avril, 1er mai et 16 mai 2002, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale multidisciplinaire (COMAI) à Lausanne. Un rapport a été établi le 11 juin 2002. Il ressort de la consultation de rhumatologie du Dr D_____ que le patient ne présente pas de pathologie d'ordre rhumatologique mais que le tableau clinique présenté est celui de troubles somatoformes douloureux, que de nombreux signes de non organicité existent, qu'un métier adapté serait parfaitement exigible sur un plan somatique et enfin, que l'assuré souffre d'une scoliose lombaire d'intensité moyenne mais sans discopathie évidente.

    De la consultation de psychiatrie de la Drsse E_____, il ressort que l'assuré souffre effectivement de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le médecin a relevé que, selon les données qui lui avaient été transmises, une notion d'état anxieux aurait été présente en 2000, mais que l'expertisé la niait et ne voyait pas la nécessité d'un suivi psychiatrique. Au status psychique, aucun élément permettant de retenir un épisode dépressif ou un trouble de la personnalité n'a été relevé, pas plus qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qu'une production intentionnelle ou qu'une simulation de symptômes ou d'incapacité soit physique soit psychologique (troubles factices). Selon le médecin, d'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50%.

    En conclusion, les médecins ont estimé que l'assuré ne présentait aucune comorbidité psychique surajoutée au trouble somatoforme puisqu'il ne se plaignait de rien et niait même l'existence d'un état anxieux. Ils ont reconnu qu'il était possible qu'il présente certains traits de personnalité dépendants au vu de sa grande passivité au cours du stage d'orientation professionnelle. Les médecins ont déclaré n'avoir trouvé aucun élément pour un diagnostic de lignée anxio-dépressive ni hypocondriaque. Aucune restriction au niveau de sa vie sociale n'a été relevée. En définitive, les médecins ont retenu une diminution de la capacité de travail dans le cadre d'un vécu douloureux chronique secondaire à un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique autre (le trouble somatoforme douloureux étant en soi un diagnostic somatique et psychiatrique mixte). Globalement, la capacité de travail retenue a été fixée à 70% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les travaux lourds. Sur ce point, ils ont dit rejoindre l'avis exprimé dans le rapport du COPAI. La capacité de travail a été évaluée à 50-60% dans l'activité de maçon ferrailleur en raison des travaux lourds qu'elle impliquait. Un reclassement professionnel a été considéré comme judicieux (pièce 12 fourre 3 OCAI).

19. Le 1er novembre 2002, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de prestations.

20. Par courrier du 20 novembre 2002, l'assuré a formellement contesté ce projet en faisant valoir que l'OCAI avait omis de tenir compte de son problème ophtalmique et qu'il souffrait d'une incapacité de travail durable de 50% au minimum. Il a par ailleurs demandé à ce qu'il soit procédé à un examen psychiatrique plus approfondi.

21. Par décision du 18 décembre 2002, l'OCAI a conclu à l'absence de pathologie ayant valeur d'invalidité. Considérant que l'assuré serait susceptible de reprendre un travail à 70% dans une activité adaptée, l'OCAI a rejeté sa demande de prestations.

22. Par courrier du 31 janvier 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir que des troubles somatoformes douloureux peuvent parfaitement entraîner une incapacité de travail durable conduisant à une invalidité et se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances en la matière. Il soutient qu'une comorbidité psychiatrique grave ne constitue que l'un des critères à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de sa situation médicale ; il souligne que tous les traitements entrepris n'ont à ce jour pas amélioré sa situation, que selon le Dr E_____, aucun élément ne permet de retenir un diagnostic de production intentionnelle de simulation de symptômes ou d'incapacité, soit physique soit psychologique, qu'il associe la psychiatrie/psychologie au traitement des fous et refuse d'être traité comme tel, qu'il souffre en outre de gros problèmes ophtalmologiques et d'une hypoacousie qui compromet sa compréhension et le gêne dans sa vie de tous les jours.

    Il allègue que ses lombalgies, constantes, ont été évaluées sur une échelle analogique de la douleur à 8/10. Il les décrit comme une tension interne augmentant après une position assise conservée durant une heure, ou le port de charges, ou encore lorsqu'il se penche en avant. Ces douleurs irradient les membres inférieurs droit et gauche. Lorsqu'il force, il lui arrive de faire des blocages qui l'empêchent de bouger durant plusieurs jours. Ses cervicalgies ont quant à elles été évaluées sur la même échelle de douleur à 6/10. Elles s'accompagnent de céphalées postérieures qui s'emparent de l'ensemble de la tête. Les thoracalgies sont apparues en 2000, sont également constantes et évaluées à 4/10 sur l'échelle de la douleur. L'assuré se plaint également d'irradiations dans les bras, plus importantes du côté gauche, avec parfois des fourmillements et une diminution globale de la force musculaire. Sur le plan oculaire, il souligne son important problème de vision stéréoscopique et relève enfin qu'une hypoacousie a été découverte, qui peut expliquer ses problèmes de compréhension.

    Il rappelle que le Dr T_____ a jugé qu'il lui serait sans doute extrêmement difficile de trouver un travail adapté à ses handicaps et que sa capacité résiduelle de travail serait au maximum de 50% dans une activité adaptée, conclusion qui a été reprise par la Drsse E_____ d'un point de vue psychiatrique. Enfin, il fait remarquer que l'OCAI n'a pas procédé à une comparaison des revenus. Dès lors, il

conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OCAI pour nouvelle évaluation du degré d'invalidité et nouvelle décision.

23. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 4 avril 2003, a conclu au rejet du recours. Il relève que l'assuré a bénéficié des prestations de l'assurance-maladie perte de gain jusqu'au 31 juillet 1998 et que cette dernière l'a donc considéré comme apte à reprendre un emploi à temps complet. L'OCAI se réfère par ailleurs au stage d'observation professionnelle, lequel conclut à une capacité résiduelle de travail de 70% en dépit du manque de motivation et des limitations fonctionnelles. Il relève que cette estimation rejoint celle des experts, lesquels ont jugé l'assuré capable d'exercer à 70% une activité adaptée. Il fait valoir qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui font certes partie des critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, ne se manifestent que sous une forme atténuée et que pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, il faut que celui-ci revête un minimum de gravité. Il soutient que tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque le Dr E_____, psychiatre, a relevé l'absence d'éléments de la lignée dépressive ou anxieuse, que l'assuré ne verbalise pas d'idées auto- ou hétéro-agressives, qu'il y a également absence de symptômes florides de la lignée psychotique, que l'assuré nie son état anxieux et dit ne jamais avoir vu la nécessité d'un suivi psychiatrique. L'Office se réfère également aux experts du COMAI qui ont mentionné que l'assuré ne présentait aucune comorbidité psychatrique surajoutée. Il souligne que les atteintes physiques alléguées par le recourant n'ont aucun substrat organique, qu'il ne présente pas de pathologie rhumatologique et que les douleurs invoquées ont été prises en considération dans le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Quant aux troubles oculaires, il estime qu'ils n'excluent pas non plus l'exercice d'une activité lucrative adaptée à temps complet. S'agissant de la comparaison des gains, l'autorité intimée fait valoir qu'elle n'est pas nécessaire, dans la mesure où, en l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie, l'existence d'une incapacité de gain fait clairement défaut.

24. Dans sa réplique du 10 juin 2003, le recourant a maintenu que l'OCAI ne pouvait se dispenser de procéder à l'évaluation de son invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, quel que soit le taux d'incapacité de travail retenu. Il demande que soit définis le type d'activité que l'on attend de sa part compte tenu de ses troubles de la santé, le taux d'occupation raisonnablement exigible, le revenu qu'il serait susceptible d'en obtenir. Il conclut à ce que la cause soit renvoyée à l'OCAI pour nouvelle évaluation et nouvelle décision.

25. Dans son courrier du 18 juin 2003, l'OCAI a pour sa part maintenu sa position.

26. Par courrier du 24 mai 2004, le recourant a encore produit un rapport médical établi le 5 mai 2004 par le Dr T_____, spécialiste en rhumatologie, lequel suggère

une nouvelle expertise psychiatrique et une enquête sociale. Il assure que son patient est incapable d'exercer la moindre activité et que son incapacité de travail est totale. Il qualifie le trouble somatoforme présenté d'« assez grave » et souligne qu'il y a depuis quelques mois une légère dégradation de l'état psychosomatique avec un état dépressif sous-jacent pour lequel il a déjà essayé, il y a un an, d'introduire un antidépresseur. Il explique que l'assuré fait preuve d'un comportement agressif, de difficultés d'adaptation et profère des menaces suicidaires voilées. Un nouvel antidépresseur a dont été prescrit depuis décembre 2003 et le médecin tente de convaincre son patient de prendre contact avec un psychiatre.

27. Par ailleurs, par courrier du 15 septembre 2004, le recourant a adressé au Tribunal de céans un courrier de l'Office cantonal de l'emploi dont il ressort qu'il arrive au terme de ses indemnités journalières.

28. La cause a été gardée à juger.

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 cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, 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 (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. Sa compétence est dès lors établie pour trancher du présent litige.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité.

La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après 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 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les dispositions de la LAI seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente est recevable, conformément aux art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation et l'incidence de l' état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail

6. L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

   Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, il faut mentionner - outre les affections 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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée.

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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, publié aux ATF 130 V 352; ATFA I 870/02 du 21 avril 2004 ; ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et 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).

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 (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.1).

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 admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt I 683/03 du 12 mars 2004 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. 64ss, 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. 76ss, spéc. p. 81ss).

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. 87ss) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.2 ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité 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; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

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 au considérant 4.1.2 ci-dessus - 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 (cf. arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.4. et les arrêts cités ; ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.3).

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, l'administration et le juge (en cas de litige) 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, énumérés ci-dessus (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.4 ; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.2).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135).

8. a) En l'espèce, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux.

Ce diagnostic, qui a pour les experts valeur de maladie, ne suffit pas à reconnaître le caractère invalidant de l'atteinte. Se pose en premier lieu la question de l'admission d'une comorbidité psychiatrique. En l'occurrence, aucune dépression n'a été diagnostiquée. Un état anxieux est simplement soupçonné. Par ailleurs, l'hypocondrie a été niée par les médecins du COMAI. Partant, c'est à juste titre que l'existence d'une comorbité psychiatrique a été niée dans le cas particulier.

b) Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. A l'examen du rapport de la consultation psychiatrique figurant au dossier, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques (lombalgies, cervicalgies). Par contre, l'on ne saurait conclure à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, au contraire : aucune restriction au niveau de la vie sociale de l'assuré n'a été relevée. Les différents médecins qui l'ont examiné ont reconnu qu'il ne présentait pas de pathologie d'ordre rhumatologique, qu'il n'y avait pas de contre-indication du point de vue somatique à une reprise progressive du travail mais que la limite était clairement

l'état psychique du patient (cf. rapport du 22 septembre 1999 du Dr T_____, rapport du 13 avril 1999 des Drs U_____, N_____ et M_____, rapport du Dr D_____).

Dès lors que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité partielle de travail a été nié, c'est à raison que l'OCAI a renoncé à procéder à une comparaison des gains.

Eu égard à ce qui précède, le recours est 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. Constate que le recours est 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).

La greffière :	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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