REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/446/2005 **ATAS/986/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 15 novembre 2005

En la cause

Monsieur M_____, mais comparant par Me Pierre GABUS, en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 21 novembre 1960 au Portugal, est arrivé en Suisse en 1981. Après une scolarité obligatoire suivie au Portugal et une activité d'agriculteur dans l'entreprise familiale jusqu'en 1981, il a occupé divers emplois en Suisse (serveur, manœuvre dans la construction, employé dans les dépôts de la COOP à Genève, aide-installateur en chauffage et isolation), avant de travailler comme chauffagiste dès le 19 mai 1991 auprès de X_____ SA.

2. Dès le 9 mai 1995, l'assuré a dû cesser de travailler en raison de douleurs dorsales le faisant souffrir depuis 1993.

3. Le 23 juin 1995, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et de mesures spéciales de réadaptation. Il déclarait souffrir d'une usure des os de la colonne vertébrale et d'une hernie discale.

4. Dans un courrier du même jour à la Division de Rhumatologie de l'Hôpital cantonal, le Dr A_____, médecin traitant, a relevé que le diagnostic d'hernie discale ne pouvait pas être retenu, compte tenu des examens pratiqués. Il devait s'agir d'une surcharge des articulations sacro-iliaques sans signe inflammatoire ou dégénératif. Les plaintes du patient étaient en discordance avec les documents médicaux. Il souhaitait obtenir l'avis de la Division de Rhumatologie sur ce cas.

5. Le 25 juillet 1995, cette division a répondu au Dr A_____ que le diagnostic était celui de cervicolombalgies communes chroniques sans substrat anatomique décelable. Le large bilan radiologique effectué ne démontrait aucune pathologie décelable. Il existait une discordance entre les plaintes subjectives du patient et le status clinique objectif. Celui-ci était essentiellement anxieux à l'idée d'une pathologie qui pourrait être déclenchée à l'avenir par son travail. Il n'y avait pas d'indication à la poursuite d'un arrêt de travail ni à un reclassement professionnel.

6. Dans un certificat médical à l'attention de l'OCAI du 8 septembre 1995, le Dr A_____ a posé les diagnostics suivants : syndrome cervico-lombaire chronique avec cervicobrachialgie droite et radiculite sensitive C5, syndrome de l'artère vertébrale surajouté, troubles statiques et transitionnels lombo-sacrés avec dysplasie L5-S1 sans hernie discale réellement décelable et fibromyalgie. Le patient ne pouvait plus exercer sa profession de chauffagiste, mais une activité plus légère était possible.

7. Du 2 juin au 30 septembre 1997, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du Centre d'Intégration (ci-après : CIP) visant à clarifier dans quels secteurs il serait apte à exercer une activité. Selon le rapport de synthèse

du 7 octobre 1997, les maîtres de réadaptation sont arrivés à la conclusion que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans un emploi adapté, excluant les travaux lourds et le port de charges lourdes, en position assise autorisant une légère alternance avec la position debout et sans avoir la tête penchée en avant en permanence. Les capacités d'apprentissage ne permettaient pas d'envisager une autre formation qu'une mise au courant en entreprise. Au cours du stage, l'assuré n'avait pas eu un comportement satisfaisant, de sorte que l'évaluation était théorique.

8. Dans un rapport du 20 octobre 1997, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu que l'assuré subissait un taux d'invalidité de 37 %, ce qui excluait le droit à une rente. Par contre, il pourrait bénéficier de mesures de reclassement dans trois secteurs professionnels.

9. Un ENMG pratiqué le 27 avril 1998 par les Dr B_____ et C_____, neurologues, s'est avéré normal et n'a en particulier pas permis de mettre en évidence des signes d'une pathologie radiculaire lombaire ou cervicale à droite.

10. Selon un rapport du 4 mai 1998 des Dr D_____ et E_____, de la Division de Rhumatologie de l'Hôpital cantonal, l'assuré avait dû être hospitalisé du 20 au 30 avril en raison de lombocervicalgies chroniques. Un état anxieux a également été diagnostiqué. Il n'existait toujours pas de substrat anatomique décelable en ce qui concernait les cervicolombalgies. Des malaises avec perte de connaissance avaient été mentionnés par le patient, mais les examens n'avaient rien révélé de particulier sur ce plan.

11. Par décision du 18 janvier 1999, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 43 % et lui a octroyé une demi rente ordinaire simple dès le 1er mai 1996.

12. Suite au recours interjeté par l'assuré contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours AVS/AI alors compétente (ci-après : la Commission), l'OCAI a effectué un nouvel examen du dossier et décidé de procéder à une expertise médicale. L'office a précisé que, dans l'intervalle, l'assuré continuerait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité.

13. Le 10 août 1999, la Commission a rendu un jugement conforme, renvoyant la cause à l'OCAI pour expertise et nouvelle décision.

14. A la demande de l'OCAI, le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après COMAI) a procédé à une expertise multidisciplinaire de l'assuré. Pour rendre leurs conclusions, les experts du COMAI se sont adjoints les services d'un psychiatre et d'un rhumatologue, à savoir les Dr F_____ et G_____. Le psychiatre a estimé que l'incapacité de travail était totale malgré le jeune âge du patient. Il a retenu chez le patient un état dépressif d'intensité moyenne et un possible syndrome somatoforme douloureux persistant au vu d'une anamnèse présentant plusieurs

facteurs de risques, tels le travail physique précoce, puis un travail très lourd sur les chantiers, famille éclatée en raison de l'émigration, apragmatisme, sentiment d'incapacité totale à reprendre une activité professionnelle, tensions familiales avec répercussions sur les enfants. Celui-ci présentait en outre, selon ce médecin, des traits de personnalité impulsive renforcée par sa situation actuelle.

Sur le plan rhumatologique, le Dr G_____ a relevé que le patient présentait des cervico-lombalgies chroniques, communes, sans mise en évidence de lésions ostéo-articulaires significatives, avec limitation des mouvements de la colonne cervicale algiques. Ce médecin n'a pas noté de limitation fonctionnelle significative même si l'épaule droite était douloureuse à la mobilisation et a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux, le patient mentionnant avoir mal partout. L'incapacité de travail était basée essentiellement sur les plaintes. Théoriquement, la capacité de travail était complète, dans un travail léger, de manutention simple, sans port de charges supérieures à 15 kg ni mouvements de porte-à-faux de manière répétitive et évitant la position statique immobile prolongée au delà d'une demi-heure à une heure. Il existait toutefois des facteurs de mauvais pronostic quant à la reprise du travail. Malgré l'arrêt de travail, l'état de santé semblait s'être aggravé subjectivement et l'intensité des douleurs avait augmenté.

Se fondant sur ces observations ainsi que sur l'ensemble du dossier médical, les experts du COMAI ont rendu leurs conclusions le 23 octobre 2000, retenant les diagnostics suivants, ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré : syndrome somatoforme douloureux persistant, état dépressif d'intensité moyenne et trouble de la personnalité NS (traits de personnalité impulsive).

S'agissant de l'aspect psychiatrique, les experts du COMAI ont nuancé l'avis du Dr F_____, considérant qu'aucun facteur psychologique évident n'était apparu chez ce patient, qui n'avait par ailleurs pas souffert antérieurement de carences ou de maltraitances, pas plus que de difficultés psychopathologiques jusqu'en 1995, date de son arrêt de travail. La symptomatologie était de type réactionnel et devrait donc s'amender. Ils ont relevé la nécessité de vérifier la prise régulière de Seropram. La dépression moyenne dont souffrait le patient ne devrait pas compromettre une activité d'au moins 50 %. Ils ont retenu que les ressources adaptatives existaient chez ce patient, malgré des traits de personnalité impulsive renforcés par la situation actuelle. Ces ressources permettaient d'envisager une reprise d'activité dans les professions décrites, même compte tenu d'une possible déception de l'expertisé, qui envisageait un recyclage d'un autre type vers des professions techniques dépassant ses capacités intellectuelles.

Globalement, les experts ont émis un pronostic réservé sur la capacité de travail de l'assuré, vu le syndrome de trouble somatoforme douloureux depuis cinq ans, avec un arrêt de toute activité depuis le 19 mai 1995, un épisode de dépression de gravité moyenne depuis 1996 et une fragilisation de son état en raison de troubles de la

personnalité impulsive. Ils ont estimé que la capacité de travail ne pouvait être améliorée ni par des mesures médicales, ni par des mesures d'ordre professionnel ou par des moyens auxiliaires. Par contre, un reclassement professionnel était judicieux. Ils ont évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans des activités adaptées. Le syndrome somatoforme douloureux persistant se manifestait par des douleurs cervico-lombaires, des céphalées et des vertiges. L'assuré ne présentait pas de trouble grave de la personnalité, mais une probable personnalité de type labile impulsif avec des défenses caractérielles.

15. Dans un rapport du 10 août 2001, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu à une invalidité de 46 %. Pour obtenir ce résultat, elle s'est basée sur une capacité résiduelle de travail de 80 à 90 % telle que préconisée par le médecin-conseil.

16. Le 12 septembre 2001, l'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision selon lequel elle maintenait sa décision de demi-rente à compter du 1er mai 1996, l'invalidité s'élevant à 46 %.

17. Par courrier du 8 octobre 2001, l'assuré a contesté le projet de cette décision.

18. Le 18 février 2003, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a réactualisé la comparaison des gains et conclu à une invalidité de 43,54 %.

19. Par décision du 19 février 2003, l'OCAI a constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influer le droit à la rente. L'assuré continuerait donc à percevoir la même rente que précédemment. Il a retenu une capacité de travail de l'ordre de 80 % dans des postes de travail légers d'ouvriers d'usine et de fabrique non qualifiés dans l'industrie, avec des limitations physiques correspondant à une alternance de positions toutes les heures, un port de charge maximum de 15 kg et l'impossibilité de positions en porte-à-faux. Dans le cadre de la comparaison des gains, une réduction supplémentaire de 10 % a été opérée sur le revenu d'invalide.

20. Le 18 mars 2003, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Le 28 avril 2003, il a complété son opposition et conclu à l'octroi d'une rente entière. En premier lieu, les salaires dans le canton de Genève étaient inférieurs à ceux résultant des statistiques. Par ailleurs, il était contraire aux pièces du dossier de retenir une capacité résiduelle de travail de 80 %, celle-ci ayant été fixée arbitrairement par le médecin-conseil, alors que le COMAI l'avait arrêtée à 50 %. Enfin, une réduction de 20 % devait être opérée sur le revenu d'invalide. Compte tenu de ces facteurs, son invalidité se montait à plus de 68 %.

21. En date du 18 février 2004, le médecin-conseil de l'OCAI s'est à nouveau prononcé sur le cas de l'assuré et a souligné que l'état de santé était resté objectivement le même depuis plusieurs années. Le trouble somatoforme douloureux n'était pas

certain selon le psychiatre du COMAI et n'était quoi qu'il en soit pas accompagné d'un trouble psychique important.

22. Dans un rapport du 1er mars 2004, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a confirmé le taux d'invalidité de 43,54 %.

23. Par décision du 3 février 2004, l'OCAI a informé l'assuré du montant de sa rente pour l'année 2004.

24. Le 10 février 2004, celui-ci s'est opposé à cette décision, pour les mêmes motifs que ceux développés dans son écriture du 28 avril 2003.

25. Par courrier du 30 novembre 2004, l'OCAI a informé l'assuré qu'un examen approfondi de son cas avait été effectué. Il apparaissait que les conditions permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux comme invalidant dans son cas n'étaient pas remplies. En effet, ce trouble n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique grave ou en lien avec les autres critères exigés par la jurisprudence. L'OCAI entendait revenir sur sa décision d'octroi de rente et supprimer totalement la prestation actuellement versée. En ce sens, l'assuré était informé qu'il lui était possible de retirer ses oppositions, faute de quoi il serait statué à son détriment.

26. Par réponse du 17 janvier 2005, l'assuré a maintenu ses oppositions.

27. Par décision sur oppositions du 25 janvier 2005, l'OCAI a constaté que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé, réformé ses décisions des 19 février 2003 et 3 février 2004 en ce qu'elles octroyaient à l'assuré une rente d'invalidité et a supprimé le versement de cette rente dès le 1er jour du 2ème mois suivant la notification de sa décision.

    L'office a en effet nié toute comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux qui serait d'une acuité et d'une intensité suffisante pour empêcher la reprise d'une activité lucrative. Il a constaté qu'en dépit d'une chronicité de la symptomatologie douloureuse, l'assuré ne souffrait aucunement d'un retrait social dans toutes les manifestations de sa vie. Par ailleurs, son état psychique n'était pas cristallisé, pour autant qu'il poursuive avec plus d'assiduité son traitement médicamenteux. En effet, le traitement psychothérapeutique n'avait pas été mené à son terme, de sorte que l'on ne saurait parler d'échec des mesures thérapeutiques conformes aux règles de l'art. Il a ainsi conclu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé qui justifiait une incapacité de travail de longue durée et qu'un effort de volonté en vue d'une reprise de l'activité lucrative était exigible au vu des ressources encore présentes chez lui.

28. Par acte du 25 février 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'annulation de la

décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ainsi qu'au rétablissement de l'effet suspensif au recours. Les experts du COMAI lui avaient reconnu une capacité de travail de 60 %. Il était vrai que les troubles somatoformes douloureux n'entraînaient en principe pas de limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Dans son cas toutefois, la trouble se manifestait avec une telle sévérité qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de lui une mise en valeur de sa capacité de travail. Pour le surplus, il remplissait l'intégralité des conditions fixées par la jurisprudence permettant de qualifier le trouble d'invalidant.

29. Par arrêt incident du 8 mars 2005, le Tribunal de céans a rejeté, en tant qu'elle était recevable, la demande de restitution de l'effet suspensif. L'intérêt de l'administration l'emportait sur celui de l'assuré.

30. En date du 22 avril 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Les arguments avancés en procédure de recours n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation.

31. Par réplique du 24 mai 2005, l'assuré a persisté dans les termes de son recours, constatant que ses griefs portant sur la force probante des rapports d'expertise appelaient une réponse de l'OCAI, qui se contentait d'une proposition générale de rejet, sans motivation. Pour le surplus, il a rappelé que son cas remplissait toutes les conditions fixées par la jurisprudence.

32. Dans sa duplique du 2 juin 2005, l'OCAI a confirmé qu'il s'était fondé sur le rapport d'expertise du COMAI pour se déterminer sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont était affecté l'assuré. Contrairement à ce que soutenait l'assuré, ni les experts du COMAI ni aucun autre médecin ne faisaient état d'une atteinte psychique grave susceptible de justifier une incapacité de travail de longue durée. Les constatations médicales devaient faire l'objet d'une analyse juridique en lien avec les critères jurisprudentiels, afin de déterminer si le trouble était ou non invalidant. Pour le surplus, mention était faite à la teneur de la décision sur opposition.

33. Sur quoi, 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 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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : 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 de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit. De même, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1)

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Préalablement à l'examen du fond de la cause, se pose la question de savoir si l'OCAI pouvait, dans le cadre de la procédure d'opposition, procéder à une reformatio in pejus.

   L'art. 52 LPGA, qui traite de cette procédure, ne donne aucune indication sur cette possibilité. Les normes sur la procédure d'opposition ne renvoient pas

expressément aux normes de procédure valant devant l'autorité de recours, notamment l'art. 61 let. d LPGA, qui prévoit que le tribunal peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé, devant cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA), se fondant sur la doctrine, a eu l'occasion de préciser qu'il serait contraire au principe de la légalité auquel sont soumis les assureurs-accidents qui appliquent la LAA, au même titre que toutes les institutions qui participent à la gestion des assurances sociales, d'interdire à l'assureur de corriger sa décision dans un sens défavorable à l'assuré qui a fait opposition. Selon lui, c'est d'abord à l'administration qu'il incombe d'appliquer correctement le droit et il est donc normal que celle-ci puisse, sous réserve de dispositions légales contraires, modifier une décision illégale même au détriment de l'administré. Il peut en revanche sembler légitime de limiter le droit de l'autorité judiciaire de procéder à une reformatio in pejus, voire de le lui interdire totalement (ATF 118 V 186-187, consid. 2b).

En ce qui concerne la procédure d'opposition prévue par la LPGA, KIESER suit l'avis du TFA et considère que l'administration, qui rend une décision matérielle lorsqu'elle rejette l'opposition ou l'admet, peut soit aller au delà des prétentions d'une partie, soit admettre une reformatio in pejus. Dans ce cas, la partie concernée par une aggravation de sa situation juridique doit y être rendue attentive, avec la possibilité de retirer son opposition (KIESER, ATSG-Kommentar, Bâle 2003, ad art. 52 no 17). Il importe encore de préciser que la reformatio in pejus d'une décision frappée d'opposition, comme dans le cas d'espèce, ne peut être soumise aux mêmes conditions que la révocation ou la modification de la décision dans une procédure de reconsidération, notamment parce qu'une décision sur opposition est obligatoire, alors qu'une reconsidération dépend du bon vouloir de l'administration. Par ailleurs, les conditions strictes auxquelles la jurisprudence subordonne la reconsidération de décisions administratives entrées en force et qui n'ont pas fait l'objet d'un examen judiciaire sur le fond s'expliquent par le souci de la sécurité du droit, qui ne joue pas dans le cadre d'une décision non encore entrée en force (ATF cité, p. 182-183, consid. 2c).

Dans le cas d'espèce, l'OCAI a dûment donné à l'assuré l'occasion de retirer son opposition et de s'exprimer sur la reformatio in pejus qu'il envisageait. En conséquence, la décision sur opposition de l'administration doit être considérée comme valable.

6. Quant au fond, la question est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé de reconnaître l'existence d'une atteinte à la santé invalidante et supprimé la rente d'invalidité par sa décision sur opposition du 25 janvier 2005.

7. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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).

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

8. Dans le cadre 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 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15).

   Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade

de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Le Tribunal fédéral a rappelé dans une jurisprudence récente (ATFA du 22 mars 2004 cause I 131/03) que si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 Ib 274 consid. 8a). Comme cela vient d'être mentionné, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

9. De plus, selon une jurisprudence désormais constante du TFA, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un

diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir ATF 131 V 51 consid. 1.2).

10. En l'espèce, l'assuré demande à se voir reconnaître une incapacité totale de travail en se fondant sur le rapport du COMAI et l'avis du Dr H_____.

De son côté, l'OCAI se base sur le rapport du COMAI pour conclure que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé invalidante.

Le recourant a été examiné par le COMAI en janvier 2000 dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire. A cette occasion, l'expertise psychiatrique exigée par la jurisprudence relative aux troubles somatoformes a également été réalisée.

Les experts ont procédé à un examen clinique complet de l'état de santé de l'assuré et se sont appuyés sur l'entier de son dossier médical, notamment les certificats des médecins l'ayant examiné auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur expertise se fonde sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse a été réalisée et le patient a été entendu. Le rapport est circonstancié et ses conclusions sont claires. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport se base sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, les extraits du dossier transmis, l'affection actuelle, la description des plaintes de l'assuré et les limitations, une anamnèse complète (familiale, personnelle, systématique, psychosociale, professionnelle), l'histoire assécurologique, les constatations objectives, les examens paracliniques, les consultations spécialisées du psychiatre et du rhumatologue, les diagnostics, l'appréciation du cas et les réponses aux questions posées par l'assureur, ainsi que les réponses au questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques. Au vu de la jurisprudence y relative le rapport du COMAI doit dès lors se voir accorder pleine valeur probante.

Bien que ce rapport date aujourd'hui de près de cinq ans, il reste convaincant dans la mesure où il ressort du dossier que l'état de santé de l'assuré est stationnaire depuis plusieurs années, ce qui a encore été confirmé par le Dr H_____ médecin traitant, en mars 2003. Il n'existe par ailleurs aucun indice que la situation médicale se serait modifiée récemment. Par ailleurs, les conclusions des experts du COMAI ne s'opposent pas à celles des autres médecins s'étant exprimés sur le cas de l'assuré.

Les diagnostics posés par les experts du COMAI sont ceux de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de dorsalgies et cervicalgies, épisode dépressif d'intensité moyenne, ainsi que troubles de la personnalité non spécifiques (traits de personnalité impulsive).

Sur le plan psychique, il a été retenu par les experts au terme de leur séance multidisciplinaire qu'il existait un état dépressif d'intensité moyenne, dont le début remontait à 1996, date de la mise sur pied d'une psychothérapie. Cette démarche avait été interrompue après cinq mois déjà par l'initiative de l'assuré. Cette symptomatologie était de type réactionnel et devrait donc s'amender. En tant que

tel, cet état dépressif n'était pas de nature à entraver totalement la capacité de travail.

L'état dépressif dont souffre le recourant ne saurait suffire à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part du recourant. Ce trouble n'a pas été qualifié comme une atteinte psychique indépendante du trouble somatoforme douloureux, et se révèle être, sur la base de l'appréciation du dossier médical, une manifestation réactive.

A ce sujet, on rappellera que selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine ; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135). L'état dépressif diagnostiqué, qualifié de réactionnel par les experts du COMAI et susceptible d'amélioration ne doit donc pas faire l'objet d'un diagnostic séparé.

Par ailleurs, les troubles de la personnalité non spécifiques (traits de personnalité impulsive) n'avaient pas entraîné de troubles relationnels dans le travail jusqu'ici puisque les précédents emplois avaient pu être maintenus. Ils pouvaient constituer un obstacle partiel à une réintégration et étaient d'expression variable. Cependant, la non reprise du travail était défavorablement influencée par des facteurs de mauvais pronostic non assimilés à une atteinte à la santé.

Ainsi, au vu des diagnostics ayant valeur de maladie aux yeux des experts, il y a lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part du recourant.

Au sens de la jurisprudence, se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

En regard de l'ensemble du dossier médical, le critère des affections corporelles chroniques peut être tenu pour établi, cela malgré le fait qu'aucune atteinte somatique n'ait pu être mise en évidence par les experts. Toutefois, se fondant sur le fait que les douleurs sont présentes depuis plus de dix ans, cette condition est remplie.

Ce nonobstant, on doit constater que divers facteurs permettent de conclure que le recourant dispose des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et réintégrer le processus du travail. En effet, malgré lesdites douleurs, il a conservé une vie

sociale relativement stable en rencontrant des voisins et des amis, même s'il est souvent à la maison. Selon les experts, il parvient à mener une vie régulière et à s'acquitter quotidiennement d'une partie de ses tâches ménagères. Ainsi, c'est lui qui prépare le dîner pour ses enfants et fait la vaisselle. L'après-midi, il fait des promenades et rencontre des amis. C'est le lieu de souligner que l'incapacité totale de travail considérée par l'expert psychiatre sur le plan psychiatrique a été nuancée de manière convaincante par le collège d'experts.

Les éléments relevés ci-dessus et mis en évidence dans les conclusions du rapport permettent de se convaincre que l'expertisé n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives de même qu'il ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dès lors, ces conditions ne peuvent être considérées comme remplies.

De plus, le trouble dépressif diagnostiqué est à l'heure actuelle compensé par la prise de Seropram. Un suivi psychiatrique pourrait en outre constituer un traitement adéquat des troubles en cause. Or, l'assuré a mis fin à un traitement après quelques mois seulement. Par ailleurs, connaissant le taux de non-observance médicamenteuse, les experts ont proposé de vérifier la prise régulière du médicament et d'ajuster, cas échéant, la posologie afin d'atteindre un seuil thérapeutique efficace. Ils ont par ailleurs insisté à plusieurs reprises sur le fait que l'état dépressif était susceptible de s'améliorer, voire de s'amender à l'avenir. Il n'y donc pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que les troubles psychiques litigieux ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail du recourant. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Dès lors, c'est à raison que l'office intimé a considéré qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. En effet, en l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue à la lumière de critères jurisprudentiels et non en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

Aussi le Tribunal de céans ne saurait-il faire siennes les conclusions des experts relatives à la capacité de travail de l'assuré, du moment qu'ils ont attesté une limitation de cette capacité fondée uniquement sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et sur des plaintes (cf. ATF 130 V 356 consid. 2.2.5).

Par ailleurs, en se fondant sur l'appréciation du cas par les experts et l'avis du Dr G_____ (qui pour le surplus concorde avec ceux du Dr H_____ de

1998 et 2003 ainsi qu'avec les conclusions de la Division de Rhumatologie de l'Hôpital cantonal de 1995 et 1998), on doit relever que l'assuré ne souffre sur le plan physique d'aucune atteinte objectivement décelable. Ainsi, il découle du dossier médical que celui-ci ne présente pas de troubles somatiques invalidants au sens de la loi.

A défaut de restriction psychique et somatique de sa capacité de travail, l'assuré n'encourt donc pas de perte de gain susceptible d'ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Enfin, s'agissant de la suppression de la rente allouée dans un cas de réformatio in pejus, l'office intimé a mentionné à juste titre que cette suppression ne pouvait être décidée que pour l'avenir (art. 88bis al. 2 let a RAI).

En effet, conformément aux art. 41 LAI et 88bis RAI, applicables par analogie (VSI 2000 p. 314 consid. 3 ; ATFA non publié du 17 mars 2003 en la cause I 287/02), la rente accordée par l'intimée au recourant ne peut être supprimée que le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, soit en l'occurrence le 26 janvier 2005 (ATF 107 V 23 consid. 3b = RCC 1982 p. 34 ; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, p. 264).

Ainsi, la rente accordée au recourant par décision du 18 janvier 1999 doit être supprimée à partir du 1er mars 2005.

11. En conclusion, le recours se révèle mal fondé et 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).

La greffière : La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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