RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/561/2004 **ATAS/586/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 29 juin 2005

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à GENEVE, comparant par Maître William DAYER en l'étude duquel il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE , rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 3 — intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Isabelle DUBOIS et Mme Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né en 1954, a travaillé en tant que manœuvre dans le bâtiment.

2. Depuis l'âge de 33 ans, il se plaint de lombalgies qui vont progressivement s'exacerber en fréquence et intensité, puis aboutir à un arrêt de travail définitif à partir d'août 1997.

3. Dans son courrier du 5 septembre 1997 au Docteur B_____, médecin traitant de l'assuré, le Docteur C_____ a relevé que celui-ci était atteint de discopathies étagées lombaires et d'un syndrome strictement vertébral, les irradiations étant pseudoarticulaires sans répercussion de type compression radiculaire. Ce syndrome apparaissait très important chez ce patient qui présentait une translation du bassin importante et tous les signes d'une contracture chronique avec malposition dans le plan frontal, très mauvais déroulement lombaire et Schobert bloqué.

4. Du 22 septembre au 3 octobre 1997, l'intéressé a été hospitalisé à la Division de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) pour un lumbago aigu ne répondant pas à un traitement ambulatoire. Selon le rapport des Doctoresses D_____ et E_____, le patient souffre de lombalgies aiguës dans un contexte de lombalgies chroniques et de discopathies étagées lombaires. Ces médecins recommandent par ailleurs une évaluation et un soutien psychiatrique, dans la mesure où le patient a une grande tristesse et un immense regret, avec la sensation d'avoir raté les meilleures années de sa vie et d'être responsable du malheur de sa femme.

5. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 1997, le Docteur F_____ arrive à la conclusion que l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique et que l'incapacité de travail n'est dès lors pas due à une telle maladie. Il exclut également une névrose de compensation ou une sinistrose.

6. Le 15 décembre 1997, le Docteur G_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a procédé à une expertise médicale de l'assuré. Dans son rapport du 18 décembre 1997, il constate que les lésions observées sur les images radiologiques montrent une surcharge au niveau des articulations postérieures avec une importante arthrose ainsi qu'une atteinte des disques intervertébraux. Ces surcharge et atteinte des disques sont tout à fait susceptibles de provoquer les symptômes présentés par le patient qui souffre également de spondylolisthésis. Son incapacité de travail est totale.

7. Le 2 avril 1998, l'intéressé a formé une demande de prestations d'invalidité, en vue de l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente, si la réadaptation n'était pas possible.

8. Le 30 avril 1998, le Docteur C_____ de la clinique de neurochirurgie, a communiqué au Docteur B_____ qu'il avait l'impression que la pathologie était restée assez diffuse (brachialgies gauches, céphalées importantes à l'endormissement, douleurs migrantes dans les genoux, les pieds, d'un côté puis de l'autre, sans facteur mécanique très précis). Le port du corset avait été un échec total et il recommandait essentiellement un reclassement professionnel. Tout geste chirurgical était contre-indiqué.

9. Le 16 septembre 1998, le Docteur B_____ a attesté une incapacité totale de travailler depuis le 14 avril 1997, avec une amélioration entre le 7 juillet et le 18 août 1997 où la capacité avait été de 50%. Il a diagnostiqué un status après une opération pour syndrome du tunnel carpien bilatéral en avril 1997, une lombalgie chronique, une sciatalgie bilatérale, une protrusion discale prononcée en L4-L5, une dégénérescences discale étagée en L1-L2, L4-L5 et L5-S1, une séquelle d'une maladie de Scheuermann, une spondylolisthésis, une gastrite chronique, une hernie hiatale, une diverticule duodénale et une dépression nerveuse. Un travail en position assise était possible, selon ce médecin.

10. Le 16 mars 2000, le Docteur G_____, qui était devenu dans l'intervalle le médecin traitant de l'assuré, a fait état de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit associées à une arthrose inter-apophysaire prononcée L3-L4 et L4-L5 et un glissement de L4, ainsi que d'un état dépressif réactionnel à un conflit conjugal. Il a indiqué en outre que son patient ne pouvait plus travailler et que son incapacité était de 100%.

11. Du 2 janvier au 28 janvier 2001, l'assuré a fait l'objet d'une observation professionnelle par le Centre d'intégration professionnelle (CIP). Dans son rapport du 3 avril 2001, celui-ci a conclu à l'impossibilité de mettre en évidence de réelles capacités de reprise d'une activité dans le circuit économique normal. L'observation de la capacité professionnelle de l'assuré était constamment perturbée par des postures inadéquates spectaculairement démonstratives et incohérentes. D'ores et déjà, il était prévisible qu'un reclassement professionnel était voué à l'échec en raison de la nécessité d'alterner les positions dans un travail pratique, simple et léger, sans port de charge, chez une personne limitée sur les plans scolaire et linguistique, de sorte que le champ des orientations possibles était très étroit. Aucun employeur n'accepterait d'engager l'assuré dans une activité industrielle légère, dès lors qu'il adoptait des positions corporelles inappropriées. Le CIP a fait également état de ce que l'assuré était enfermé dans sa problématique douloureuse et dans les plaintes formulées de manière manifestement excessive. Il souffrait également de troubles du sommeil et d'épisodes dépressifs.

12. Le Docteur H_____, médecin-conseil de la réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, a indiqué que les plaintes étaient très importantes avec un aspect très démonstratif et spectaculaire (cf. son rapport du 21 mars 2001). L'examen clinique était presque impossible, avec des manifestations inadéquates, des signes de WADDELL extrêmement positifs, mais de manière très certainement inconsciente. Diverses tentatives thérapeutiques n'avaient apporté aucun résultat, le pronostic subjectif était sombre et il était très peu vraisemblable qu'une amélioration pût être obtenue et permît une reprise d'une activité professionnelle. Néanmoins, le stage effectué au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) avait mis en évidence une capacité résiduelle théorique de travail qu'il était cependant très improbable de pouvoir mettre en pratique.

13. Les 12 et 19 juin 2002, l'assuré a été examiné par le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI) qui a diagnostiqué, dans son rapport du 12 novembre 2002, les maladies suivantes avec influence essentielle sur la capacité de travail : syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgies et pseudosciatalgies, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et troubles dégénératifs rachidiens lombaires sans hernie discale. Il a mentionné également les diagnostics, sans influence essentielle sur la capacité de travail, de gastrite, hernie hiatale de diverticulose, status post excision d'une tumeur bénigne de la glande parotide en 1993 et status post cure d'un canal carpien bilatéral en 1997. Selon le consultant en psychiatrie, le Docteur I_____, l'état dépressif de l'expertisé était relativement constant et subordonné à ses problèmes physiques. Il a évalué sa capacité résiduelle de travail à 30%. Le consultant en rhumatologie est arrivé à la conclusion que la capacité de travail était de 50% dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charge au-dessus de 15 kilos, des déplacements prolongés à pied supérieurs à 15 minutes d'affilée, des mouvements en porte à faux, le maintien d'une position statique prolongée au-delà de 45 minutes, sans que le patient pût varier sa position durant 5 à 10 minutes. Dans leur appréciation globale en consilium, les experts ont reconnu un syndrome lombo-vertébral, sans symptomatologie déficitaire associée. Ils ont observé également la présence de nombreux signes de non-organicité. Même s'il existait des troubles dégénératifs rachidiens indiscutables et objectivés aux examens radiologiques, ils ont estimé que la symptomatologie dépassait le cadre de ce que l'on observait habituellement dans le contexte de tels troubles et que la présence des signes de non organicité suggéraient un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. S'écartant de l'appréciation du consultant en psychiatrie, ils ont évalué la capacité de travail raisonnablement exigible à 50% dans une activité légère, ne nécessitant pas le port de charges dépassant 10 à 15 kilos, avec possibilités de changements de position fréquents, sans mouvements en porte-à-faux et des déplacements à pied limités à 15 minutes environ. Enfin, les signes de non organicité ne paraissaient pas selon les experts à mettre sur le compte d'une

manœuvre intentionnelle de la part du patient dans le but de manœuvrer ou influencer leur opinion à son sujet.

14. Sur la base du rapport du COMAI, le Service médical régional du Léman (ci-après : SMR Léman) est arrivé à la conclusion que la capacité de travail du recourant n'était que de 50% dès le 14 avril 1997. Il a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de rachialgies et de pseudosciatalgies associé à un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Les mesures professionnelles n'étaient pas indiquées au vu de l'échec du stage COPAI, mais une aide au placement était souhaitable. Enfin, ce service a proposé une révision dans 6 mois, dans la mesure où le trouble dépressif semblait peu sévère et pouvait donc s'améliorer.

15. Selon le rapport du 11 avril 2003 de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, la perte de gain est de 60,55%, pour une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère.

16. Par décision du 21 octobre 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1er avril 1998, ainsi que des demi-rentes complémentaires pour son conjoint et son enfant, sur la base d'un degré d'invalidité de 61%.

17. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition à cette décision, par lettre du 26 novembre 2003. Il s'est prévalu essentiellement de l'appréciation du consultant en psychiatrie du COMAI, selon lequel il ne présentait qu'une capacité de travail de 30%, ainsi que des rapports du COPAI et du Docteur H_____, selon lesquels il était improbable que sa capacité résiduelle théorique de travail pût être mise en pratique. Il a rappelé en outre que le but de l'expertise du COMAI avait été de vérifier si ses plaintes étaient cohérentes et ne constituaient pas une tentative consciente et intentionnelle de manipuler les divers intervenants de l'assurance-invalidité. Or, cette expertise démontrait clairement que tel n'était pas le cas, de sorte qu'il convenait de s'en tenir aux conclusions du rapport du CIP. Il a reproché également à l'intimé de ne pas avoir examiné, conformément à la jurisprudence du TFA, s'il pouvait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle, et de ne pas avoir indiqué quelles étaient les possibilités de travail concrètes qui entraient en considération compte tenu des indications médicales et de ses autres aptitudes. Enfin, il a produit copie de la lettre que le Docteur G_____ avait adressée le 10 novembre 2003 à son mandataire et par laquelle ce médecin a attesté que l'état de santé de son patient s'était péjoré d'un point de vue psychiatrique. Selon ce médecin, son patient était très déprimé et a exprimé à plusieurs reprises des idées de suicide. Il souffrait également de douleurs lombaires constantes sur un canal lombaire étroit et de discopathies sévères. Il a décrit de multiples épisodes de blocages lombaires, au moindre effort, et le Docteur G_____ avait dû intervenir à plusieurs reprises en urgence pour faire des infiltrations des articulations postérieures. Les traitements médicamenteux et

physiothérapies n'avaient eu que peu d'effets. La capacité de travail était nulle et un recyclage impossible en raison des atteintes physiques et psychiques et de l'absence d'une formation professionnelle.

18. Par décision du 13 février 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a relevé que l'expertise du COMAI a clairement constaté que l'assuré présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50% dans une activité légère, ne nécessitant pas de port de charge dépassant 10 à 15 kilos, avec possibilités de changements de positions fréquents, sans mouvements de porte-à-faux et déplacements à pied limités à 15 minutes. Il n'existait aucun motif pertinent pour se fonder exclusivement sur les conclusions du consultant en psychiatrie concernant la capacité de travail. Selon la jurisprudence en la matière, s'agissant de la capacité de travail d'un assuré dont la pathologie était principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y avait lieu de retenir les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaires et non celles des différents intervenants à celle-ci. Quant à la comparaison des gains, l'OCAI a précisé qu'il s'était fondé sur les statistiques salariales, conformément à la jurisprudence du TFA.

19. Par acte du 17 mars 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement, il a demandé que son état de santé fût réexaminé. En plus des arguments précédents, il a fait notamment valoir que l'appréciation globale faite par le COMAI était totalement arbitraire, dans la mesure où il n'était guère concevable qu'il présentât une capacité de travail de 50%, alors même que les seuls problèmes physiques dont il souffrait justifiaient déjà un tel taux et que, du point de vue psychiatrique, ce taux était estimé à 30%. Cela revenait en définitive de n'attribuer aux troubles psychiques aucune influence sur la capacité de gain. Il a encore souligné que, selon le rapport du COPAI, aucun employeur n'accepterait de l'engager dans une activité industrielle légère. Dès lors, le recourant a estimé que l'intimé aurait dû s'écarter des conclusions illogiques de l'expertise COMAI en vertu du principe de la libre appréciation des preuves. Enfin, le recourant a reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'évolution récente de son état de santé, lequel s'était péjoré, selon le rapport du Docteur G_____ du 10 novembre 2003.

20. Dans ses observations du 8 avril 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en se référant à son argumentation antérieure.

21. Par lettre du 29 septembre 2004, le Tribunal de céans a posé les questions supplémentaires suivantes au COMAI :

    - Pour quelles raisons vous-êtes vous écarté de l'évaluation de la capacité de travail de Monsieur R_____ par le Docteur I_____ qui l'a estimée à 30% ?

- Comment cela se fait-il que vous ayez évalué en consilium la capacité de travail de Monsieur R_____ à 50%, alors même que selon le consultant en rhumatologie, rien que pour les atteintes à la santé physique, la capacité de travail est de ce pourcentage ? Faut-il en conclure que les experts en consilium ont estimé que les troubles psychiques n'avaient finalement aucune influence sur la capacité de travail ?

22. Dans sa réponse du 25 octobre 2004, le Docteur J_____ du COMAI a souligné en premier lieu que l'expertise multidisciplinaire n'était pas la simple somme d'avis individuels, mais bien une appréciation globale résultant d'une discussion de synthèse des différents intervenants qui avait examiné l'assuré au cours du processus d'expertise. En l'occurrence, les Docteurs I_____, psychiatre, K_____, neurologue, et J_____, interniste, avaient été présents lors de la discussion de synthèse. Ils avaient alors estimé en plein accord avec le Docteur I_____ qu'il convenait de relativiser l'importance de l'atteinte psychiatrique et de conclure à la persistance d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée comme estimée par le rhumatologue. Ce faisant, les experts s'étaient notamment fondé sur le fait qu'il n'y avait pas de signe de régression sociale majeure, dès lors que l'expertisé était toujours en mesure de conduire son véhicule et avait conservé des activités de loisirs. Il présentait également une excellente trophicité musculaire et l'examen montrait quelques signes de démonstrativité de même que la présence de signes comportementaux. Une enquête sociale aurait permis de préciser l'importance des limitations alléguées. Mais en l'absence d'une telle investigation, les experts avaient conclu qu'il était avec vraisemblance limité dans la mesure signalée dans le texte d'expertise, sans que la problématique psychiatrique ne fût un facteur simplement additif. Le Docteur J_____ a ajouté que l'assuré ne bénéficiait à l'époque de l'expertise d'aucune prise en charge lege artis d'un état dépressif, de sorte qu'une amélioration était a priori possible sous traitement au moins médicamenteux.

23. Dans ses écritures du 19 novembre 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions antérieures. Il s'est étonné que son atteinte psychiatrique semblait avoir été tout simplement niée par le Docteur J_____, alors même que le Docteur I_____ avait constaté précédemment une capacité résiduelle de 30%. Les arguments pour justifier que l'atteinte psychiatrique n'a pas été retenue, tel que le fait qu'il était toujours en mesure de conduire son véhicule et qu'il avait des activités de loisir, manquaient de sérieux. Il en allait de même de la constatation de l'excellente trophicité musculaire, sauf à considérer que la bonne alimentation du tissu musculaire avait une influence directe sur la santé psychique. Enfin, le recourant a insisté sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

24. Dans sa détermination de la même date, l'OCAI a conclu à une reformatio in pejus dans le sens de la constatation que le recourant n'était pas invalide au sens de la loi.

Il a en effet considéré que, à la lumière des réponses données par le Docteur J_____ et de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, les critères juridiques définis permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis dans le cas d'espèce. En effet, aux dires de l'expert, l'assuré ne souffrait manifestement d'aucune pathologie significative permettant de justifier une incapacité de travail durable.

25. Par courrier du 14 janvier 2005, le Tribunal de céans a demandé au Docteur L_____, consultant en rhumatologie du COMAI, de lui indiquer si, dans son évaluation de la capacité de travail de la recourante à 50%, il avait uniquement tenu compte des constatations médicales objectivables ou également du trouble somatoforme douloureux, et le cas échéant quelle était la capacité de travail en prenant en considération exclusivement les atteintes à la santé physique objectivables.

26. Le 2 mai 2005, le Docteur J_____ du COMAI a communiqué au Tribunal de céans ce qui suit :

« Ces lignes font suite à votre demande de complément du 14 janvier 2005, qui ont été discutées avec le Dr L_____, rhumatologue FMH ayant procédé au consilium lors de l'expertise du 12.11.2002. Lors de ce consilium, il a été tenu compte essentiellement des constatations médicales objectivables dans l'appréciation de la capacité de travail. Le Dr L_____ a considéré qu'en tant que rhumatologue consultant dans le cadre d'une expertise médicale multidisciplinaire, il n'avait pas à se prononcer sur l'existence ou l'influence de troubles psychiques. »

27. Le 7 juin 2005, l'intimé s'est déterminé sur cette réponse, en relevant que, s'agissant d'une expertise pluridisciplinaire, il serait absolument erroné d'admettre que la capacité résiduelle de travail de 50% retenue n'était explicable que par des raisons somatiques. Le seul avis du Docteur L_____ ne pouvait dès lors être retenu pour admettre une telle capacité de travail et, si l'on voulait s'en tenir à la seule approche somatique, une nouvelle expertise rhumatologique lui apparaîtrait judicieuse. L'intimé a ainsi persisté dans ses conclusions.

28. Dans ses écritures du 8 juin 2005, le recourant a également maintenu ses conclusions précédentes. Il a fait valoir que le médecin rhumatologue ne s'était pas prononcé sur l'existence ou l'influence de ses troubles psychiques et qu'aucune explication cohérente n'avait été fournie par le COMAI pour justifier la non prise en compte du constat du Docteur I_____, pour lequel son état dépressif conduisait à une capacité résiduelle de travail de 30%.

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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relative à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie

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, 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). 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   En l'occurrence, le recourant a formé une demande de prestation de l'assurance-invalidité le 2 avril 1998. Par conséquent, les dispositions matérielles de la LPGA ne sont pas applicables, de sorte que les dispositions légales seront citées par la suite dans leur ancienne teneur.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 ss LPGA).

5. Aux termes de 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.

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur 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. Dès le 1er janvier 2004, une rente de trois-quarts est octroyée à partir d'un degré d'invalidité de 60% et une rente entière pour un degré de 70% au moins.

6. 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 - 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).

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 comorbidité 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).

7. Le juge des assurances sociales est tenu d'examiner de manière objective tous les moyens de preuves, indépendamment de leur provenance et de décider ensuite si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Pour reconnaître une valeur de preuve à un rapport médical, il faut qu'il examine de manière complète les points litigieux, se fonde sur des examens approfondis, prenne en compte les maux dont se plaint l'assuré, soit établi en pleine connaissance les antécédents de celui-ci (anamnèse) et soit clair dans l'exposé des corrélations médicales et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert doivent être motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000, p.214 consid. 3a ; 1991, 311 ; VSI 1997, p.122, consid. 1). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

Quant aux rapports des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste extérieur qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. En droit des assurances sociales, la

décision doit être fondée, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, à défaut pouvoir être établis de façon irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Une hypothèse possible est donc insuffisante pour admettre la preuve d'un fait. Le juge doit retenir les éléments de fait qui lui paraissent les plus probables, parmi tous ceux qui sont allégués ou envisageables (ATF 126 V consid. 5b ; 125 V 1995 consid. 2). Un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer en cas de doute en faveur de l'assuré n'existe pas dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 322 consid. 5a).

8. Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

   Par conséquent, il ne pourra être tenu compte dans le présent recours de l'aggravation de l'état de santé du recourant alléguée qui se serait produite après la notification de la décision de l'intimé du 21 octobre 2003.

9. En l'occurrence, le Docteur G_____ a certifié à plusieurs reprises que son patient présentait une incapacité de travail à 100%. Dans son rapport du 18 décembre 1997, il constate par ailleurs une surcharge au niveau des articulations postérieures avec une importante arthrose ainsi qu'une atteinte des disques intervertébraux et estime que ces atteintes sont tout à fait susceptibles de provoquer les symptômes présentés par le patient qui souffre également de spondylolisthésis. Selon le Docteur B_____, l'incapacité de travail du recourant est également totale, en se fondant sur les constatations objectives telles que notamment qu'une lombalgie chronique, une sciatalgie bilatérale, une protrusion discale prononcée, une dégénérescence discale étagée, une séquelle de maladie de Scheurmann et un spondylolisthésis. Quant au Docteur L_____, expert rhumatologue du COMAI, il constate des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales et des cervicaux-brachialgies chroniques, avec mise en évidence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1, possible canal lombaire étroit L3-L4 avec limitation fonctionnelle algique des mouvements de la colonne dorsolombaire essentiellement. En tenant compte des discopathies, de la possible étroitesse du canal lombaire, il estime que la capacité de travail est nulle en tant que maçon et ceci vraisemblablement de manière définitive. Pour les travaux légers ne nécessitant pas le port de charges au-dessus de 15 kilos, des déplacements prolongés à pied, des mouvements en porte-à-faux, le maintien d'une position statique prolongée au-delà de 45 minutes, la capacité de travail est de 50%, selon ce médecin. Le Docteur L_____ a par ailleurs signalé la présence de signes de non organicité suggérant une composante non organique à la symptomatologie douloureuse. Néanmoins, il résulte clairement des renseignements

complémentaires donnés par le COMAI en date du 2 mai 2005 que cet expert n'a pas tenu compte de l'existence et l'influence de troubles psychiques.

Ainsi convient-il de retenir que le Docteur L_____ s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant d'un point de vue rhumatologique et non pas en se fondant sur les atteintes psychiques dont font partie les troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le Tribunal de céans admettra que le Docteur L_____ a estimé que la capacité de travail du recourant était de 50% compte tenu de ses atteintes physiques objectivables, lesquelles ont par ailleurs été également mises en évidence par les autres médecins, notamment le Docteur G_____. On ne saurait dès lors considérer que la symptomatologie douloureuse est sans substrat organique et sans aucune relation avec l'état clinique.

Le trouble somatoforme douloureux ne pourrait expliquer qu'une incapacité de travail supérieure à 50%, comme l'ont retenue les médecins traitants du recourant, ainsi que, dans un premier temps le consultant en psychiatrie du COMAI, le Docteur I_____.

Cependant, selon l'évaluation globale des experts du COMAI, il n'y a pas lieu d'admettre une incapacité de travail supérieure à ce pourcentage, même en tenant compte du trouble somatoforme douloureux. A cet égard, il convient de préciser que, s'agissant, comme en l'espèce d'une expertise pluridisciplinaire, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de l'addition ou de la moyenne de différents taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale. Les réponses aux questions posées font l'objet d'une discussion entre les experts qui doivent apporter des réponses communes sur la base d'un consensus (ATF non publié du 26 novembre 2003, cause I 381/03 consid. 3.3 et les références). Le recourant reproche cependant à l'expertise du COMAI de ne pas avoir expliqué de manière convaincante pourquoi il n'a pas tenu compte de l'appréciation de la capacité de travail par le Docteur I_____, lequel estime que celle-ci n'est que de 30 %. Toutefois, dans ses renseignements complémentaires du 25 octobre 2004, le COMAI a clairement exposé les raisons pour lesquelles il s'en était écarté. Les experts étaient en effet d'accord, y compris le Docteur I_____, de relativiser l'importance de l'atteinte psychiatrique, dans la mesure où il n'y avait pas de signes de régression sociale majeure, où l'assuré était toujours en mesure de conduire son véhicule, n'était pas traité pour son état dépressif et où l'examen montrait quelques signes de démonstrativité et comportementaux. Ainsi, les experts ont conclu, après discussion, que la problématique psychiatrique n'augmentait pas l'incapacité de travail. En cela, ils ont rejoint l'appréciation de l'état psychique du recourant par le Docteur F_____.

Il convient par ailleurs de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du COMAI, laquelle remplit tous les critères exigés par la jurisprudence. Cela étant, le

Tribunal de céans ne juge pas nécessaire de procéder à des investigations médicales complémentaires et rejettera dès lors les requêtes dans ce sens des parties.

Au vu de ces conclusions globales, claires et motivées du COMAI, il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

L'incapacité de travail attestée par le COMAI étant fondée uniquement sur des atteintes somatiques, il n'y a pas lieu de procéder à une reformatio in pejus, telle que l'a demandée l'intimé. Il est à cet égard à relever que la modification d'une décision attaquée en justice au détriment du recourant ne constitue en tout état de cause qu'une faculté (ATF 119 V 249 consid. 5), à laquelle la juridiction saisie peut renoncer au vu des circonstances et de la marge d'imprécision que comporte nécessairement la détermination du taux d'invalidité d'un assuré (ATF non publié du 22 avril 2003, cause U 334/02, consid. 4.4 et les références).

10. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

    L'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). La concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ne doit cependant pas être subordonnée à des exigences excessives. Pour l'évaluation de l'invalidité, il n'est pas déterminant si la personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. (VSI 1998 p. 293).

    Pour chiffrer le revenu d'invalide, il y lieu de se référer, selon la jurisprudence, à ce qu'on appelle les tableaux de salaires des statistiques. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminant la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999, p. 182). Le montant obtenu sera le cas échéant encore réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

11. a) En l'espèce, la division de réadaptation professionnelle de l'intimé a indiqué que le recourant pourrait travailler dans un métier adapté permettant l'alternance des

positions et sans port de charge, de type sériel, dans l'industrie légère. Cette indication concernant les activités compatibles aux handicaps du recourant doit être considérée comme suffisante et conforme à la jurisprudence en la matière. Certes, le COPAI était arrivé à la conclusion qu'aucun employeur n'accepterait d'employer le recourant dans une activité industrielle légère. Toutefois, cela ne tient pas à des raisons en rapport avec les limitations physiques constatées, selon les experts du COMAI, mais à des raisons psychiques dont l'importance n'avait cependant pas été jugée d'une gravité telle qu'elles excluaient toute mise en valeur de la capacité résiduelle de travail.

b) Quant au résultat de la comparaison de salaires effectuée par l'intimé selon les principes énoncés ci-dessus, il n'a pas été contesté par le recourant, lequel s'est contenté de critiquer l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, ainsi que sa mise en valeur sur un marché équilibré du travail. Le Tribunal de céans retiendra par conséquent avec l'intimé que la perte de gain est de 61%, en partant d'une capacité de travail réduite de moitié. Un tel taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente supérieure à 50%, jusqu'au 31 décembre 2003. Dès cette date, le recourant a cependant droit à une rente de trois-quarts.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Dans la mesure où le recourant a cependant fait valoir en cours de procédure une aggravation de son état, il convient de considérer qu'il a implicitement formé une demande de révision. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour qu'il examine cette demande.

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 :

Préalablement :

2. Rejette les requêtes des parties tendant à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée ;

Principalement :

3. Le rejette ;

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction de la demande de révision du recourant ;

5. Dit que la procédure est gratuite ;

6. 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 :

Yaël BENZ Maya CRAMER

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