



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2282/2003

ATAS/548/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**4<sup>ème</sup> chambre**

**du 1<sup>er</sup> juin 2005**

En la cause

**Monsieur M\_\_\_\_\_**, domicilié à 1252 MEINIER, mais comparant par Me WOODTLI Jean-Franklin, rue Prévost-Martin 5, case postale 145, 1211 GENEVE 4, en l'Etude duquel il élit domicile.

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine STECK juge.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur M \_\_\_\_\_, marié et père d'une enfant majeure, est né en 1951. Il a accompli sa scolarité obligatoire puis a effectué un apprentissage de tôlier en carrosserie de 1966 à 1970 et a obtenu un CFC.
2. Suite à un accident d'automobile avec fracture des pieds en 1971, une réadaptation professionnelle a été nécessaire. L'assuré a alors travaillé pour l'Etat de Genève en tant que commis administratif, puis en qualité d'inspecteur de l'emploi auprès de la main-d'œuvre étrangère, poste requérant de nombreux déplacements externes.
3. En 1997, il s'est trouvé en conflit avec deux supérieurs. En raison de ce contexte socioprofessionnel, l'assuré a dû être mis en incapacité de travail à plusieurs reprises par son médecin-traitant en décembre 1997, ainsi qu'au début de l'année 1998.
4. En date du 25 avril 1998, alors qu'il se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 16 février 1998 pour raison médicale (état dépressif réactionnel sur conflit au travail), l'intéressé a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il roulait au guidon d'une puissante moto : celle-ci a été percutée par une voiture qui lui a coupé la route. Il a heurté avec sa moto la porte avant gauche du véhicule d'où un choc frontal.
5. L'assuré a dit être resté entre 10 et 15 minutes inconscient et s'être réveillé à l'arrivée de l'ambulance. Ramené chez lui par son épouse, il a ressenti quelques heures plus tard de violents maux de tête ainsi qu'une douleur à la nuque et des douleurs au côté droit qui avait heurté la face latérale de la voiture. Le jour suivant, un dimanche, il a été examiné par son médecin-traitant, le Dr B \_\_\_\_\_ qui a constaté quelques blessures superficielles. Le lundi matin, le médecin a procédé à un examen complet à son cabinet et donné une médication antalgique au patient. Un bilan radiologique a montré qu'il n'y avait pas de fracture.

Le Dr B \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « contusion du genou et hanche droite, plate superficielle, syndrome cervicobrachial droit sévère, contusion cervicale ».

6. L'assuré a été en incapacité totale de travailler dès la date de l'accident, le 25 avril 1998. La Nationale suisse assurance (assureur LAA, ci-après la Nationale) a pris en charge les frais médicaux et versé des indemnités journalières.

L'assuré n'a plus retravaillé depuis cette date.

7. En date du 24 novembre 1999, l'assuré a déposé une demande de rente AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en raison des séquelles de l'accident, invoquant : « Permanents maux de tête, douleurs

invalidantes dans la nuque (côté droit), douleurs à l'épaule et l'omoplate (côté droit), fourmillements dans les quatre dernières phalanges de la main droite ».

8. Le médecin-traitant a d'abord adressé le patient au Dr C \_\_\_\_\_ pour des séances de physiothérapie, puis, en l'absence d'amélioration, il a demandé l'avis d'un neurochirurgien, le Dr D \_\_\_\_\_, qui a fait pratiquer une IRM, examen ayant mis en évidence quelques discopathies étagées C5-C6 et C6-C7 sans compression neurologique. Le spécialiste a estimé que le problème n'était pas neurologique.
9. L'assuré a également consulté la Dresse F \_\_\_\_\_, neurologue, qui a pratiqué un EMG pour éliminer toute possibilité d'une atteinte neurologique puis, dès le mois d'août 1998, il a bénéficié d'autres séances de physiothérapie.
10. En date du 9 novembre 1998, les Drs G \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ ET I \_\_\_\_\_ (HUG) ont diagnostiqué des cervicobrachialgies droites et une hypertension artérielle traitée. Ils ont relevé que les multiples douleurs post-traumatiques dont se plaignait le patient étaient principalement de type nociceptif avec probablement une composante neurogène au niveau du bras et de la main. Au niveau de la nuque, il était possible que le mouvement dit par flexion latérale ait entraîné une entorse dont il était difficile d'établir le diagnostic avec certitude. Au niveau de l'épaule, les douleurs étaient principalement situées sur le trajet du tendon du muscle sous-épineux. Les céphalées, plainte principale du patient, étaient probablement des céphalées de tension.

Le 14 décembre 1998, ces médecins ont confirmé leurs diagnostics.

11. Sur demande de la Nationale, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH, a examiné l'assuré en date du 17 février 1999. Dans son rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 1999, le médecin a souligné que l'essentiel de la symptomatologie présentée par le patient était représentée par un syndrome post-commotionnel subjectif et qu'il n'entrait pas dans ses compétences de faire une évaluation par rapport à ceci, de sorte que son expertise était motivée par une appréciation de la situation sur le plan physique. A cette époque, il a estimé la capacité de travail à 100%.
12. Le 11 mars 1999, le Dr K \_\_\_\_\_, radiologue FMH, a constaté une capsulite rétractile relative, un syndrome du conflit sous-acromial modéré, l'absence de déchirure partielle ou complète de la coiffe des rotateurs.
13. Le 11 août 1999, sur demande de la Nationale, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué une expertise. Il a constaté que les plaintes du patient consistaient essentiellement en douleurs touchant la tête et la nuque, atteignant également l'épaule droite, le membre supérieur droit et la pulpe des quatre derniers bras. Il existait également des plaintes moins spécifiques de type troubles de mémoire, manque de concentration, intolérance au bruit. Le médecin a

observé que le patient n'apparaissait pas comme fatigable et que rien n'évoquait des troubles, des praxies ou desgnosies, que le jugement et le raisonnement étaient parfaitement dans les normes. Il n'y avait pas d'idées de ruine ou d'insuffisance des états dépressifs significatifs, ni d'idées suicidaires, ni de culpabilité pathologique. En bref, il n'y avait rien qui puisse parler en faveur d'une décompensation psychotique. Il a également relevé que les problèmes professionnels évoqués étaient graves et qu'il ressortait du dossier qu'ils avaient généré une dévalorisation majeure de l'image personnelle. Selon l'expert, l'accident de la circulation devait être considéré comme léger dès lors qu'il n'y avait pas eu de blessés graves. Il n'a pas constaté de troubles de l'adaptation, ni de tableau d'anxiété ou de dépression significative. De même, il a exclu un état de stress post-traumatique. D'ailleurs, le patient avait repris la conduite d'une moto dans le mois qui avait suivi l'accident.

L'expert a retenu un status psychiatrique dans les limites de la norme, admettant que l'accident était survenu dans une situation particulière. Le contexte d'un conflit professionnel et d'un changement de fonction forcé, si l'assuré devait aujourd'hui revenir à son lieu de travail, était probablement défavorable et pouvait contribuer à abaisser le seuil de tolérance à la douleur. Ces éléments devaient être retenus dans l'appréciation du cas, quoiqu'étrangers à l'événement traumatique en cause. Dès lors, il a posé le diagnostic de « facteurs psychologiques influençant une affection médicale (F54) et syndrome post-commotionnel (F07.2) ». L'expert a souligné que les troubles dont souffrait l'assuré étaient potentiellement réversibles et qu'une atteinte cérébro-organique significative ne saurait être retenue. En conclusion, il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

14. Dans un rapport du 20 février 2000, le Dr B\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a constaté que les capacités d'attention et de concentration du patient étaient diminuées, mais que les capacités mnésiques étaient tout à fait conservées, de même que ses autres compétences cognitives. Le patient n'était pas en mesure d'utiliser pleinement son potentiel intellectuel et restait centré sur ses douleurs et ses incapacités. Cela semblait tout à fait compatible avec son histoire clinique qui faisait désormais état d'un syndrome douloureux chronique persistant, suite à son accident d'avril 1998.
15. Le 23 mai 2001, l'OCAI a adressé une demande d'expertise pluridisciplinaire au COMAI de l'Hôpital de l'Ile à Berne. Le rapport dressé par différents spécialistes s'est basé d'une part sur le dossier remis par l'OCAI et d'autre part sur leur anamnèse personnelle, l'examen clinique du 9 janvier 2002, l'évaluation psychiatrique et neuro-psychologique du 20 mars 2002, ainsi que sur l'évaluation rhumatologique du 14 mai 2002. Il ressort du rapport établi le 11 juin 2002, que l'assuré se plaignait de douleurs de la nuque et de l'épaule droite persistantes depuis son accident de 1998, ainsi que de céphalées avec trouble de la concentration. Selon l'assuré, les céphalées pouvaient atteindre une intensité de 10/10 la nuit, ce qui le réveillait brusquement. Il a dit que dans le quotidien, sa vie

se passait au ralenti mais qu'il n'était pas dépressif, même s'il était vite déstabilisé lors d'un événement non prévu. Il a également déclaré se sentir complètement inapte au travail bien que motivé pour retravailler s'il n'avait plus de douleurs.

Dans le cadre de l'évaluation psychiatrique pratiquée par le Dr C \_\_\_\_\_ en date du 20 mars 2002, il n'a pas été relevé de troubles de la cognition, de l'orientation ou de la mémoire. Le psychiatre pensait que les douleurs évoquées avaient une origine somatique, mais que l'intensité subjective très élevée ne pouvait être expliquée par les pathologies somatiques. Aussi, pendant l'examen psychiatrique, l'assuré s'est dit fortement handicapé par les douleurs subjectivement ressenties. A côté d'une symptomatique dépressive légère, l'on relevait surtout des troubles cognitifs et d'attention dont l'origine pouvait être multiple, comme par exemple l'accident ou la combinaison des symptômes dépressifs associés à une prise régulière d'antalgique et d'alcool. Le psychiatre a retenu le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, avec en parallèle une symptomatique dépressive légère dans le sens des troubles d'élaboration des douleurs, ainsi que des troubles de l'attention considérables dans le sens de troubles d'élaboration des douleurs, une légère atteinte des fonctions exécutives et une forte diminution de la tolérance au stress attribuable à la douleur. Il s'agissait d'un processus chronique avec un pronostic réservé. Du point de vue thérapeutique, il convenait de proposer au patient une psychothérapie avec comme but de relativiser sa perception des douleurs et de lui permettre de vivre normalement, malgré des douleurs présentes. Vu les déficits neuropsychologiques dont l'origine était probablement multifactorielle, toutes antalgies avec des dérivés d'opiacés devaient être évitées, tout autant que la consommation d'alcool. Cet expert a estimé que la capacité de travail devrait pouvoir atteindre 50% dans un poste adapté.

Lors de l'évaluation neuropsychologique du 20 mars 2002 par le Dr G. di STEFANO, le comportement de l'assuré a mis en évidence une forte souffrance avec une forte composante appellative et démonstrative. Le neuropsychologue a retenu un trouble de la tension de moyenne importance, un léger trouble exécutif et une diminution de la tolérance au stress, attribuable aux douleurs. Il n'y avait pas d'indice pour un trouble neuropsychologique focal sur fond organique, ce qui correspondait au résultat normal de l'imagerie par résonance magnétique.

Lors de l'examen rhumatologique pratiqué le 14 mai 2002, par le Dr D \_\_\_\_\_, celui-ci a constaté que les plaintes de l'assuré étaient dominées par les céphalées bitemporales continues, et que l'assuré se sentait plus invalidé par des troubles cérébraux. L'étendue des plaintes, la résistance totale à la thérapie, étaient pourtant en fort décalage avec le peu de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale. Vu l'évolution depuis quatre ans avec échec de toute thérapie conservative efficace, tout espoir que l'assuré retrouve une capacité de travail utilisable était effacé.

Les experts ont ainsi posé comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail :

- 1) Troubles somatoformes douloureux persistants,
- 2) Céphalo-cervico-brachialgies post-traumatiques,
- 3) C3/C4, avec saillie médiane et para-médiane à la limite entre protrusion et ébauche d'une petite hernie discale,
- 4) Suspicion d'une capsulite rétractile de l'épaule droite.

Selon les experts, vu l'absence de lésion anatomique et ce contexte socioprofessionnel chargé, on pouvait postuler que des facteurs psychosociaux jouaient un rôle dans le maintien des plaintes. A leur avis, chez cet assuré qui manquait de capacité d'introspection, il conviendrait de reprendre un suivi psychologique ou psychiatrique avant de multiplier les investigations radiologiques. Ils pensaient pouvoir diagnostiquer une surcharge psychoprofessionnelle comme facteur important dans le maintien de la symptomatologie et pouvoir résumer les plaintes présentées par l'intéressé par le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant, syndrome ayant comme origine somatique les douleurs post-traumatiques et du côté psychologique les facteurs mentionnés ci-dessus. A leur avis, le pronostic était réservé, l'assuré étant sorti du circuit professionnel depuis quatre ans et ses douleurs s'étant chronifiées. L'assuré s'était installé et habitué dans une situation d'invalidité de facto.

Ainsi, au plan physique, les limitations venaient des douleurs et ne se basaient pas sur des lésions anatomiques. Au plan psychique et mental, l'assuré a affirmé ne pas pouvoir se concentrer plus de 10 minutes, tout effort intellectuel provoquant une exacerbation de céphalées et des troubles de la concentration. Au plan social, l'assuré était bien intégré.

Les experts ont relevé que le poste de travail que l'assuré avait occupé jusqu'à son accident n'existait plus pour lui de sorte qu'il aurait à commencer un nouveau travail dans une autre équipe. S'agissant de l'activité exercée jusqu'ici, impliquant de nombreuses visites à l'extérieur ainsi que des rapports écrits, l'assuré ne se sentait plus apte en raison des céphalées et du manque de concentration, les diminutions objectives de ses facultés d'attention que l'expertise neuropsychologique avait pu confirmer.

Cela étant, il n'y avait pas eu d'essai de reprise d'un travail depuis l'accident, et une tentative devrait être faite pour évaluer la capacité réelle de travail, même s'il est probable que toute capacité résiduelle de travail qu'on pouvait attribuer

pour un poste théorique ayant les mêmes exigences que son ancien poste soit anéanti aussi longtemps qu'il s'agissait de retourner chez le même employeur. Du point de vue médico-théorique, les experts ont estimé que la capacité de travail était d'environ 50% sans diminution du rendement. Ils ont estimé que cette capacité de travail pouvait être attribuée environ un mois après l'accident. Un plan de réadaptation était envisageable. L'assuré pourrait faire un travail de bureau. Ce travail ne devrait pas comporter trop d'exigences intellectuelles. Un travail de bureau assez répétitif serait souhaitable.

16. En date du 18 février 2003, l'OCAI a rendu une décision par laquelle il a mis l'assuré au bénéfice d'une rente AI basée sur un degré d'invalidité de 50% à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1998. Il a considéré qu'une formation supplémentaire n'était pas nécessaire mais qu'il pouvait procurer quelques conseils dans le cadre d'une recherche d'emploi.
17. Le 21 mars 2003, l'assuré a formé opposition à la décision du 18 février 2003 au motif qu'il était totalement incapable de travailler. Il a conclu à l'annulation de la décision ainsi qu'à la prise de mesures afin de déterminer de manière certaine le degré d'invalidité dont il était atteint.
18. L'OCAI a procédé à un nouvel examen du dossier et a demandé, en date du 25 mars 2004 un avis au service médical régional AI (SMR).
19. En date du 14 avril 2004, le Dr E\_\_\_\_\_ (SMR) a rappelé l'appréciation du centre multidisciplinaire d'évaluation du traitement de la douleur des HUG en 1998 qui avait qualifié les maux de tête de céphalées de tensions ainsi que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ en octobre 1999 qui concluait à un syndrome post-commotionnel avec une évolution vers l'amélioration à mesure que l'on s'éloignait de l'événement traumatique. Son dernier rapport, comme le rapport du COMAI, soulignait bien qu'il existait à l'époque de l'accident un conflit professionnel pour lequel l'assuré était déjà en incapacité de travail à 50% et l'expert ne retenait pas d'incapacité de travail au plan psychiatrique. Les diagnostics reconnus par le COMAI étaient ceux de troubles somatoformes douloureux persistants, de céphalo-cervico-brachialgies post-traumatiques avec ébauche de petites hernies discales C3-C4 et de suspicion de capsulite rétractile de l'épaule droite. Les troubles de la tension et de la mémoire étaient attribués en partie au traumatisme cérébral, mais également aux fortes doses d'opiacés prises par l'assuré, sans oublier une consommation d'alcool exagérée. Par ailleurs, les experts avaient mentionné comme diagnostic une surcharge psychoprofessionnelle comme facteur important dans le maintien de la symptomatologie, constatant que le poste de travail de l'assuré n'existait plus pour lui de sorte qu'il devrait commencer un nouveau travail et qu'étant donné le conflit professionnel qui l'opposait à l'administration cantonale, cela paraissait

impossible. Les experts avaient retenu chez ce patient une capacité de travail évaluée à 50%.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a souligné que le rapport d'expertise du COMAI avait été signé par plusieurs spécialistes. L'appréciation consensuelle du cas, élaborée par lesdits spécialistes dont la capacité et la neutralité n'était pas à mettre en doute, ne prêtait pas le flanc à la critique

Dès lors, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'existait pas d'éléments qui puissent, dans l'argumentation de l'assuré, faire changer l'appréciation de l'OCAI.

20. Au vu de ce qui précède, le 24 octobre 2003, l'OCAI, en l'absence d'éléments objectifs nouveaux, a rejeté l'opposition.
21. En date du 27 novembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, alléguant que l'OCAI s'était trompé en évaluant sa capacité de travail à 50% alors qu'il était dans l'incapacité totale de travailler, tout en relevant une traduction imprécise et défavorable du rapport d'expertise du psychiatre du COMAI. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision ainsi qu'à la prise de toutes mesures utiles afin de déterminer son degré d'invalidité.
22. Par courrier du 16 mars 2004, le recourant a adressé au Tribunal de céans un rapport établi le 2 mars 2004 par le Centre multidisciplinaire d'études et du traitement de la douleur demandé par le Dr B\_\_\_\_\_. Le recourant présentait des cervico-brachialgies de type mécanique avec des points gâchettes au niveau de la musculature cervicale et scapulaire avec dominance droite, particulièrement rebelle à tous les traitements de médecine physique instaurés jusqu'alors. Des céphalées tensionnelles étaient également présentes. Les médecins ont relevé un sentiment de déception et de colère du patient qui éprouvait un sentiment de découragement pouvant amener à une dépression. Il leur apparaissait important d'envisager un soutien médical régulier et de discuter avec le patient de la reprise d'un anti-dépresseur si la symptomatologie devenait manifeste.
23. Dans son préavis du 3 mai 2004, l'OCAI a exposé qu'il se ralliait à l'avis du SMR tel qu'il ressortait du rapport d'examen du 11 décembre 2002, de l'avis médical du 23 juin 2003 et de celui du 14 avril 2004. L'OCAI a par ailleurs estimé que, moyennant un changement dans le cadre professionnel, l'activité administrative étant possible à 50%, un stage en atelier ne permettrait pas de préciser davantage la capacité de gain de l'assuré. Il a souligné ne pas s'opposer en revanche à une aide au placement et si nécessaire à une mise au courant. L'OCAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision du 18 février 2003 fixant le degré d'invalidité à 50% avec début du droit à la rente le 1<sup>er</sup> décembre 1998.

24. Par courrier du 26 mai 2004, le recourant a persisté intégralement dans les termes de son recours du 27 novembre 2003.
25. Le 1<sup>er</sup> décembre 2004, la CIA, caisse de prévoyance des fonctionnaires de l'administration du canton de Genève, a informé le recourant qu'elle lui reconnaissait un degré d'invalidité de 100% avec révision dans les deux ans, cette invalidité étant une invalidité de fonction et cette décision faisant suite au paiement provisoire effectué par la caisse depuis la cessation de son activité.
26. Par courrier du 8 mars 2005, le recourant a communiqué au Tribunal cantonal des assurances sociales cinq documents médicaux supplémentaires établis dans le courant des mois de janvier à mars 2005.
27. Dans ses observations du 4 avril 2005, l'OCAI a considéré que ces documents n'apportaient pas d'éléments nouveaux, de sorte qu'il confirmait ses écritures précédentes préavisant un rejet du recours.
28. Le 8 avril 2005, la cause a été gardé à juger.
29. Les autres éléments de fait pertinents seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent du arrêt.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de

nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 398 consid. 1.1 et les références). Pour les mêmes motifs, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 ne sont pas applicables. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ et 60 LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1998.
6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi

obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 ; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

---

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

8. a) Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 21 avril 2004 en la cause I 870/02, ATFA non publiés du 8 juin 2004 dans les causes I 282/03 et I 283/03), des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. 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; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, 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.

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. 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. 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 - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224ss 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 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 (ATFA non publié du 23 juin 2004 en la cause I 172/03 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, 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 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 N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

b) S'agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I 141/02).

9. En l'occurrence, le COMAI a procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier AI, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé.

En effet, une anamnèse complète a été réalisée, le patient a été entendu et examiné plusieurs fois par les experts. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'expertise pluridisciplinaire réalisée par le COMAI ne porte pas flanc à la critique et répond aux réquisits jurisprudentiels.

Pour réaliser leur expertise, les médecins du COMAI ont principalement apprécié la capacité résiduelle de travail sur les plans psychiatrique, neurologique et rhumatologique.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail résiduelle a été estimée à 50 % sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Le recourant pourrait faire un travail de bureau ne comportant pas trop d'exigences intellectuelles. Un travail assez répétitif serait souhaitable.

Du point de vue psychiatrique, la capacité résiduelle de travail a été évaluée tout au plus à 50 % dans une activité adaptée par le Dr C\_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux associé à une symptomatique dépressive légère dans le sens troubles de l'élaboration des douleurs, ainsi que des troubles de l'attention considérables dans le sens de troubles d'élaboration des douleurs, une légère atteinte des fonctions exécutives et une diminution importante de la tolérance au stress attribuable à la douleur. Il s'agissait d'un processus chronique avec un pronostic réservé.

A l'issue de la séance de décision multidisciplinaire, il a été retenu une diminution de la capacité de travail d'environ 50%, cela d'un point de vue global, compte tenu particulièrement des avis rhumatologique et psychiatrique.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent et en application de la jurisprudence précitée il apparaît que le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant a un caractère invalidant. Plusieurs critères déterminants consacrés par la jurisprudence en la matière se manifestent chez l'assuré avec suffisamment de constance et d'intensité (chronicité et durée des douleurs, état psychique cristallisé, échec des traitements), de sorte que c'est à raison que l'OCAI s'est rallié aux conclusions des experts quant à l'évaluation de l'incapacité de travail sur le plan psychique. Par ailleurs, les facteurs psychosociaux ou socioculturels n'ont pas été pris en compte par les experts pour expliquer l'incapacité de travail.

11. En conclusion, l'incapacité de travail globale établie par les experts du COMAI doit être confirmée, l'affection médicale qui lui est liée ayant un caractère invalidant. C'est donc à bon droit que l'OCAI a fixé le droit du recourant à une rente AI fondée sur une incapacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 1998.
12. Pour le surplus, il est rappelé que le juge des assurances sociales se prononce sur la base de la situation de fait et de droit déterminante au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1). En conséquence, des éléments nouveaux susceptibles d'établir une aggravation de l'état de santé doivent faire l'objet d'une demande de révision.
13. Eu égard aux considérations qui précèdent, 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. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

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

Le greffier:

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Alexandra PAOLIELLO

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