

## **GE\_GERICHTE A/1841/2002 vom 25. August 2004**

GE Cour de justice, 2004-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1841\\_2002](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1841_2002)

FR: GE\_GERICHTE A/1841/2002 du 25 août 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1841/2002 del 25 agosto 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème chambre du 25 août 2004 En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, comparant par l'Hospice Général, Institution genevoise d'action sociale recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97 rue de Lyon, 1203 Genève, intimé EN FAIT Monsieur B \_\_\_\_\_, ressortissant marocain né en 1953, est arrivé en Suisse en date du 10 mai 1977. Il est titulaire d'un permis d'établissement. Le 2 décembre 1977, il a été engagé comme ouvrier par l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA. En raison d'une affection au poignet gauche, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 20 % par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : CNA) dès le 14 février 1979. Le 27 mai 1980, l'intéressé a fait une chute dans les escaliers et s'est tordu le genou. Il a pu reprendre son travail relativement rapidement, soit le 4 juin 1980. Les médecins ayant constaté qu'un ligament était touché, l'assuré a été opéré en novembre 1981. Le 31 décembre 1981, l'assuré a été licencié par X \_\_\_\_\_ et a retrouvé un emploi similaire chez Monsieur K \_\_\_\_\_ dès le 23 août 1982 à plein temps. Suite à l'accident de l'assuré pour lequel elle était intervenue, la CNA n'a reconnu aucun droit à une rente d'invalidité par décision du 27 mai 1983. Une rechute est annoncée à la CNA en janvier 1985, mois au cours duquel l'assuré s'est à nouveau fait opérer. En raison de l'état du genou du patient, celui-ci a été mis à l'arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée par le Dr L \_\_\_\_\_, médecin-traitant. En avril 1986, l'assuré a été licencié par son employeur. Par la suite, l'assuré n'a plus jamais repris d'emploi, hormis quelques petites activités temporaires. Une première demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à un reclassement a été rejetée par décision du 29 août 1986 de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : la Commission) au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 1986, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi rente d'invalidité par la CNA dès le 1<sup>er</sup> août 1986 et a perçu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. Le degré d'invalidité avait été fixé à 50 % en raison des problèmes du genou, la CNA ayant par la même occasion supprimé l'invalidité de 20 % due à une lésion du poignet, qui n'avait jamais affecté l'assuré dans son travail. Le 5 mai 1988, dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, le degré d'invalidité de 50 % a été confirmé par la CNA. Suite à une nouvelle rechute ayant nécessité une troisième opération en mai 1989, la CNA a rendu une nouvelle décision le 6 août 1990, par laquelle elle a augmenté la rente d'invalidité de 50 % à 66,66 % et versé une indemnité pour une atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10 %. Par courrier du 12 octobre 1990, l'assuré, qui n'avait pas contesté la décision du 6 août 1990, a demandé à ce que sa rente d'invalidité soit augmentée à 100 %, ce que la CNA a refusé le 30 octobre 1990. En janvier 1991, l'assuré a dû se soumettre à une nouvelle intervention chirurgicale, suite à laquelle il a demandé à se voir reconnaître une invalidité totale. Le 1<sup>er</sup> juillet 1991, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr

M\_\_\_\_\_ . Ce médecin a indiqué que dans un travail en position assise, le patient pourrait travailler à temps complet avec une baisse de rendement de 20 % pour lui permettre certains changements de position. Dans un travail assis (2/3 du temps) et debout (1/3 du temps), le temps de travail ainsi que le rendement seraient de 2/3. Par une décision sur opposition du 6 juillet 1992, la CNA a rejeté la demande de révision de la rente. Cette décision a été confirmée par la Cour de Justice, fonctionnant comme Tribunal des assurances, par arrêt du 27 mai 1993 et par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) le 25 janvier 1994. Entre-temps, soit le 20 mai 1992, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à l'obtention d'une rente en raison de ses problèmes au genou. Le 2 juin 1992, la demande a été rejetée, pour le motif que les renseignements contenus dans la demande ne permettaient pas de revenir sur la décision de la Commission du 29 août 1986. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision. Le 6 février 1997, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OCAI, sollicitant à nouveau une rente. Dans son certificat médical à l'attention de l'OCAI du 15 avril 1997, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient était totalement incapable de travailler depuis le 10 janvier 1991. L'état allait en s'aggravant et il n'y avait pas de recyclage professionnel à envisager compte tenu de l'état fonctionnel et compromis de ce genou. Le 10 novembre 1997, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OCAI. Le genou était tuméfié et il y siégeait un important épanchement intra-articulaire. Des tuméfactions osseuses étaient palpables et il y avait une limitation fonctionnelle. Le diagnostic posé faisait état d'une gonarthrose tricompartmentale post-traumatique gauche. Une activité tenant compte des limitations de l'expertisé (activité permettant le changement de position et évitant les travaux de force répétitifs du poignet gauche) pouvait être exercée à temps complet avec une baisse de rendement due aux changements de position nécessaires de temps en temps. Le 10 décembre 1997, l'OCAI a décidé de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage professionnel auprès du Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI). Le stage s'est déroulé auprès du Centre d'Intégration professionnelle du 2 au 27 février 1998. Dans leur rapport du 7 avril 1998, les maîtres de réadaptation ont relevé que l'assuré avait non seulement affirmé qu'il connaissait les rendements et résultats à fournir pour obtenir une rente, mais qu'il avait également incité ses collègues stagiaires à ne pas coopérer. L'évaluation a donc été réalisée de manière théorique. Compte tenu de ses limitations, les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec un emploi à plein temps et plein rendement, en position assise, après quatre mois de réentraînement à l'effort, sauf avis médical contraire. Les emplois de servant de machines ou de travail sériel simple pouvaient être envisagés. Il était toutefois jugé nécessaire de consulter le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur avant de se prononcer définitivement. Ce centre a rendu son rapport le 22 juin 1998, duquel il ressortait qu'il y avait lieu d'agir sur l'état de déconditionnement global et sur le désinvestissement de la jambe gauche, qui semblait déjà avoir conduit à un cercle vicieux de syndrome douloureux persistant. La pose d'une prothèse du genou semblait tout à fait contre-indiquée au vu de ce déconditionnement qu'elle risquait d'aggraver et conduire vers une chronification définitive des douleurs. Sur mandat de l'OCAI, le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) a rendu son rapport d'expertise multidisciplinaire le 28 décembre 2001. A l'issue de cette expertise, le diagnostic suivant a été posé : douleurs arthrosiques et somatoformes persistantes du genou gauche et du carpe gauche, gonarthrose tricompartmentale gauche

avancée post-traumatique, arthrose post-traumatique mineure du carpe gauche, épisode dépressif léger sans syndrome somatique et trouble de la personnalité sans précision à traits immatures et paranoïaques. A l'examen, les experts ont trouvé un patient avec contact aisé, un comportement algique variable, des signes d'arthrose modérés du genou plus que du poignet gauche, des limitations de la mobilité plus antalgiques que mécaniques, plusieurs signes de non organicité, une certaine variabilité du comportement algique et une certaine démonstrativité. Ces éléments permettaient de poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, même si les douleurs exprimées par le patient avaient une base organique. Les douleurs avaient une qualité souvent variable et n'étaient pas explicables par une atteinte neurologique, vu le caractère atypique et l'absence d'un déficit territorial dans les segments lésés. Le diagnostic était renforcé par les circonstances psychosociales difficiles, ainsi que par l'attention accrue de la part de l'entourage, y compris du corps médical et légal engendré par ces douleurs. Tant pour des raisons physiques que psychiques, la capacité de travail dans l'activité originale était inférieure à 20 % probablement depuis 1990. Dans un travail adapté, la capacité se situait autour de 50 %, cela d'une manière durable même avec un traitement antidépresseur. Le 21 juin 2002, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente, basée sur un degré d'invalidité de 47 %, lui ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997. Par courrier du 5 juillet 2002, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. La CNA avait fixé le taux d'invalidité à 66,66 %, ce dont l'OCAI avait été informé. Par ailleurs, il n'était pas possible de conclure à une capacité de travail de 50 % à la lecture des rapports du COPAI et du Centre multidisciplinaire de la douleur. S'agissant des experts du COMAI, le rhumatologue avait fixé une capacité de travail de 40 %, alors que le psychiatre l'avait estimée à 30 %. Il y avait donc lieu de reconnaître une invalidité au moins égale à celle reconnue par la CNA, soit 66,66 %. Par décision du 15 novembre 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, basée sur un degré d'invalidité de 52 %. Le 10 décembre 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité. Il a fait valoir que le taux d'invalidité de 66,66 % reconnu par la CNA avait été confirmé par le Tribunal fédéral et que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis. Les pièces du dossier médical corrigeaient l'évaluation théorique du COPAI. Enfin, la jurisprudence du TFA relevait que lorsqu'un accident avait causé l'invalidité, le degré d'invalidité reconnu par l'assureur accident et entré en force ne pouvait que très exceptionnellement être fixé différemment par l'assurance-invalidité. Il y avait donc lieu de lui reconnaître une invalidité de 66,66 % au moins dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Par préavis du 17 février 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. L'évaluation de l'invalidité réalisée par la CNA ne pouvait être retenue sans autre par elle-même, dans la mesure où elle était le résultat d'une interprétation erronée de la capacité de travail de l'assuré. Alors que son médecin conseil avait indiqué que la situation restait inchangée, la CNA avait tout de même décidé d'augmenter la rente à 66,66 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1990. De plus, contrairement à ce que soutenait le recourant, le taux n'avait pas été formellement avalisé par le Tribunal fédéral qui ne s'était pas prononcé sur cette question. L'appréciation de la CNA étant trop peu fiable, l'OCAI avait le devoir de mener sa propre instruction du cas. Le COMAI avait fixé la capacité à 50 % en se basant sur tous les éléments du dossier. A son tour, l'OCAI, en se fondant sur tous les éléments médicaux et professionnels à sa disposition qui étaient convergents pour le surplus, avait décidé de fixer cette capacité de travail à 50 % et procédé à une comparaison de gains. Dans le cadre de cette comparaison, l'abattement maximal de 25 % sur le salaire d'invalidité

avait été retenu et il en résultait un degré d'invalidité de 52,3 % ouvrant le droit à une demi-rente. Par courrier du 24 février 2003, le recourant a persisté dans ses conclusions. EN DROIT 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 2004, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 LPGA. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, qui statue en instance unique, dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ, adopté le 13 février 2004. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ci-après LAVS). Le recourant estime que l'OCAI n'aurait pas dû tirer ses propres conclusions des éléments recueillis en cours de procédure pour fixer le taux d'invalidité, mais qu'il était lié par le taux de 66,66 % reconnu par la CNA. Par ailleurs, l'évaluation du COPAI n'était que théorique et ne pouvait donc être suivie. Enfin, l'avis des experts du COMAI était conforme à celui de la CNA, sauf en ce qui concernait les conclusions. Dans un premier moyen, comparant le taux d'invalidité auquel est parvenu l'OCAI dans sa décision du 15 novembre 2002 (52 %) à celui obtenu par la CNA dans sa décision du 12 septembre 1991 (66,66 %), le recourant demande à ce que l'OCAI modifie sa décision en se basant sur celle antérieure de la CNA. Selon le recourant, le taux d'invalidité ne pouvait qu'exceptionnellement être fixé différemment, cas dans lequel des motifs pertinents devaient être invoqués. De plus, le recourant soutenait que le taux retenu par la CNA avait été confirmé par le TFA. L'invalidité est définie par la loi comme la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 4 LAI). Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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. S'agissant de la coordination entre assurances, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré à maintes reprises que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. (ATFA du 13 janvier 2004 en la cause I 564/02). Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 s. consid. 2a). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 s. consid. 2d). Dans l'arrêt ATF 119 V 468, le Tribunal fédéral des assurances avait considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 119 V 474 consid. 4a ; ATFA non publié en la cause I 409/01 du 18 avril 2002). En l'espèce, le recourant percevait une rente d'invalidité de 20 % de la part de la CNA depuis le 14 février 1979 en raison d'une atteinte au poignet gauche. Par une décision du 1<sup>er</sup> décembre 1986, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> août 1986 en raison de ses problèmes au genou. Cette décision était principalement basée sur un rapport médical du Dr L \_\_\_\_\_ du 7 juillet 1986. Elle ne prenait plus en compte l'atteinte au poignet qui n'avait jamais gêné le recourant dans son travail, de sorte que le taux d'invalidité y relatif de 20 % avait été supprimé. Le 6 août 1990, la CNA a rendu une nouvelle décision fixant le taux d'invalidité de l'assuré à 66,66 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 1990 sur la base d'une appréciation qu'elle n'a jamais clairement explicitée. La CNA arguait dans sa décision sur opposition que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le moment où une rente de 50 % lui était servie. La CNA n'a toutefois pas procédé à une comparaison de revenus ou expliqué que la capacité de travail de l'assuré serait effectivement diminuée de 66,66 % dans son activité habituelle. Elle a simplement augmenté quelque peu la rente de 50 % qui était servie jusque-là. Ainsi que l'a souligné la Cour de Justice dans son arrêt du 27 mai 1993, la CNA a décidé de fixer le taux d'invalidité à 66,66 % alors qu'elle était en possession de

rapports de médecins (Clinique de Bellikon, Dr O \_\_\_\_\_ et Dr L \_\_\_\_\_) qui indiquaient que le patient avait une capacité de travail de l'ordre de 50 %. Une justification, qui n'a toutefois jamais été exprimée par la CNA, pourrait être le rapport du Dr M \_\_\_\_\_ qui avait expliqué : « comme nous le disions en 1990, à un travail assis, le patient pourrait travailler à temps complet (...) avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 % pour permettre des changements de positions assez fréquents (...). Autrement, à un travail assis (2/3) et debout (1/3), le temps de travail ainsi que le rendement pourraient être de 2/3 ». Aucune conclusion sur les possibilités de mettre en valeur la capacité résiduelle de travail dans un poste adapté n'a été tirée par la CNA. Celle-ci s'est vraisemblablement contentée d'augmenter le taux à 66,66 % conformément à cet avis du Dr M \_\_\_\_\_ qui ne correspondait pour le surplus pas aux autres avis médicaux exprimés sur le cas. A la lecture de la jurisprudence susmentionnée et compte tenu du fait que l'OCAI a constaté que l'état de santé de l'assuré était pratiquement identique à celui de 1990, ces appréciations sont de nature à mettre en cause le bien-fondé de l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assureur-accidents. En effet, non seulement celle-ci repose sur une estimation généreuse de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré, mais encore elle méconnaît le principe selon lequel il appartient au premier chef à l'assuré d'atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), ce qui se traduit par la prise en compte, dans l'évaluation de l'invalidité, du revenu d'invalidé réalisable dans une activité raisonnablement exigible (art. 18 al. 2 LAA). Or, en l'espèce, il ressort des avis médicaux précités que la capacité résiduelle de travail de l'intéressé pourrait être mieux mise en valeur dans une activité légère ne nécessitant pas le port de lourdes charges des mains et autorisant le changement de positions, sans un stress excessif parmi le personnel ni un horaire trop exigeant. Il s'ensuit que l'évaluation de l'assureur-accidents n'est pas convaincante et que l'OCAI était ainsi fondé à s'en écarter. 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 ). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. En ce qui concerne 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 ). Selon le chiffre 6007 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), on fait appel aux services du COPAI dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. L'examen effectué par le COPAI concerne avant tout les catégories d'assurés suivantes : les assurés qui se déclarent incapables de travailler et

prétendent à une rente mais pour lesquels une réadaptation dans l'économie libre paraît exécutable, compte tenu d'une atteinte à la santé relativement faible et les assurés qui ont une capacité résiduelle de travail (médicalement attestée), mais que l'office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier (p.ex. un domaine voisin de l'activité précédemment exercée). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1<sup>er</sup> juillet 2003 en la cause I 167/03). On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et d'une clinique universitaire 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, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4). Enfin, lorsqu'il apprécie 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste 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). En l'espèce, le Dr L \_\_\_\_\_, dans son certificat médical à l'attention de l'OCAI du 15 avril 1997, a diagnostiqué une arthrose grave du genou droit ayant pour effet une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 1991. Aucune mesure n'était susceptible d'améliorer la capacité de travail et aucun recyclage professionnel n'était envisageable. Une capacité de travail semblant subsister vu les éléments du dossier (notamment les examens et décisions de la CNA), l'OCAI a fait expertiser l'assuré par le Dr N \_\_\_\_\_. Celui-ci a diagnostiqué une gonarthrose tricompartimentale post-traumatique gauche, laquelle laissait toutefois subsister une capacité professionnelle non négligeable dans une activité essentiellement sédentaire, mais pas exclusivement, permettant de se lever de temps à autre. Concernant le membre supérieur gauche, la fonction était excellente, mais il convenait tout de même d'éviter les travaux de force et répétitifs. Compte tenu de tout cela, un temps de travail complet pouvait être effectué par l'assuré avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 % dans une activité adaptée. Afin de compléter cette observation, un stage au COPAI a été mis sur pied par l'OCAI. Les conclusions de ce rapport de stage du 7 avril 1998 sont toutefois théoriques, compte tenu du manque évident de collaboration de l'assuré. Un emploi adapté à plein temps avec plein rendement semblait possible après une période de réentraînement à l'effort. Toutefois, une consultation multidisciplinaire de la douleur était préconisée par le COPAI avant la prise de décision définitive. Selon le rapport du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur du 22 juin 1998, l'assuré souffrait de diverses affections du membre inférieur gauche (notamment de gonarthrose tricompartimentale gauche et de tendomyogélose en cascade). Les douleurs étaient très handicapantes et entraînaient une nervosité et un état de déconditionnement important. Cet état ajouté au désinvestissement du membre inférieur gauche semblait déjà avoir conduit à un cercle vicieux de syndrome douloureux persistant. La capacité de travail

de l'assuré n'était pas fixée, mais le centre préconisait diverses mesures visant à éviter une chronification définitive des douleurs. Vu cette appréciation, l'OCAI a demandé au médecin traitant de l'assuré si son patient souffrait d'une éventuelle atteinte à sa santé psychique, ce à quoi le médecin a répondu négativement. La situation n'avait pas changé depuis plusieurs années, hormis une légère aggravation inhérente à tout état d'arthrose de longue date. Constatant que la capacité de travail n'avait toujours pas été fixée de manière claire, l'OCAI a décidé de demander une expertise multidisciplinaire au COMAI. Le COMAI a procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été entendu 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'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen approfondis. Dans son rapport du 28 décembre 2001 et suite à une séance de décision multidisciplinaire, le COMAI a posé les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail : douleurs arthrosiques et somatoformes persistantes du genou gauche et du carpe gauche, gonarthrose tricompartimentale gauche avancée post-traumatique, arthrose post-traumatique mineure du carpe gauche, épisode dépressif léger sans syndrome somatique et trouble de la personnalité sans précision à traits immatures et paranoïaques. Compte tenu de ces affections, la capacité de travail était fixée à 50 % dans un travail adapté, et cela depuis 1990. Cette capacité pouvait être considérée comme durable et tenait compte des affections physiques et psychiques. Dans un récent arrêt (ATFA non publié du 21 avril 2004 en la cause I 621/03), le TFA a rappelé qu'un rapport COMAI se distingue des autres avis médicaux par le fait que les points litigieux y ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, basée sur des examens complets et pluridisciplinaires. Par ailleurs, un tel rapport prend en considération les plaintes de l'assuré, est établi en pleine connaissance de l'anamnèse; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions du collège des experts sont dûment motivées (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). L'expertise pluridisciplinaire est précisément destinée à porter une appréciation globale (et non sectorielle) d'un cas particulier, de sorte que l'évaluation finale de la capacité de travail par le collège des experts peut différer de l'avis de l'un des spécialistes qui le composait, sans que cela porte atteinte à la valeur probante de l'expertise. A cet égard, les constatations faites par les spécialistes du COMAI revêtent plus de poids que l'appréciation de l'incapacité de travail par les médecins traitants. En l'espèce, au vu des différents éléments figurant au dossier, il est évident que la capacité de travail de l'assuré doit être fixée en se basant principalement sur le rapport du COMAI, lequel est le plus récent, le plus détaillé et a été réalisé par plusieurs experts. De plus, ce rapport et ses conclusions quant au trouble psychique dont souffre l'assuré ont été confirmés par courrier du 11 janvier 2002, lorsque l'OCAI a posé des questions complémentaires aux experts du COMAI, ces derniers précisant encore une fois expressément que l'assuré devait être reconnu comme souffrant d'un trouble ayant valeur de maladie et diminuant également la capacité de travail. Comme l'a précisé le TFA dans l'arrêt précité (I 621/03) l'autorité administrative ne saurait substituer son évaluation de la capacité de travail de l'assuré à celle des experts - dont la tâche est de mettre leurs connaissances spéciales à la disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné - en motivant très sommairement son point de vue. Cela

n'est en particulier pas justifiable lorsque, comme en l'espèce, le rapport d'expertise satisfait à tous les réquisits jurisprudentiels et qu'il doit se voir ainsi reconnaître pleine valeur probante. On notera ici que les conclusions retenues par le COMAI correspondent à celles du COPAI en ce qui concerne les limitations de l'assuré, mais qu'elles diffèrent uniquement sur la question de la capacité de travail résiduelle. A cet égard, on rappellera que la capacité retenue par le COPAI n'était que théorique et précisait qu'elle devait être suivie d'une consultation multidisciplinaire avant toute décision définitive. Elle était donc sujette à adaptation en regard de cette consultation. Il y a donc lieu de retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans un poste adapté, ainsi que l'ont conclu les experts du COMAI à l'issue de leur expertise, la réduction de la capacité de travail à 50 % ayant pris effet en 1990, selon ces experts. S'agissant de la survenance de l'invalidité, elle n'a jamais été fixée par l'OCAI, qui s'est contenté de relever que le droit à la rente de l'assuré pouvait prendre naissance au plus tôt lors de l'entrée en vigueur de la modification législative du 1er janvier 1997, qui avait amélioré le statut de l'assuré en facilitant les conditions d'obtentions de certaines prestations. Ainsi, selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition - qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) - a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, le 1er janvier 1997. En effet, aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI) ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (ATFA du 25 janvier 2000 en la cause I 132/99). En l'espèce, l'assuré, arrivé en Suisse en 1977 aurait pu se voir octroyer des prestations de l'assurance-invalidité dès l'année 1991, remplissant à cette date déjà les conditions en vertu de l'ancien droit, soit 10 années de cotisations, ce qui est confirmé par l'extrait du compte individuel. En effet, les conditions du droit à une rente étaient déterminées par l'art. 29 LAI, lequel ouvrait le droit à la rente lorsque l'assuré avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable, soit en 1991 (selon rapport COMAI). Toutefois, la demande de rente n'ayant été déposée qu'en février 1997, les prestations ne pouvaient être versées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI), soit dès le 1er février 1996. Il convient donc maintenant de déterminer le taux d'invalidité de l'assuré en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative (Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3009). Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé 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). Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 3 février 2003 ;

ATF 128 V 174 ). En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison des revenus sera donc l'année 1996, soit l'année à partir de laquelle pourraient être versées les prestations (cf supra point 12). S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier que lors de sa dernière année de travail complète en tant que coupeur-pareur chez Monsieur K\_\_\_\_\_ en 1984, le recourant avait perçu un salaire annuel de 42'270 fr. Réactualisé pour l'année 1996 par la biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (hommes ouvriers ; 1984 = 1297 , 1996 = 1958 ) le salaire sans invalidité en 1996 est de 63'812 fr. ( $42'270 \times 1958 / 1297$ ). Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76 ). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70). En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé et public en 1996, à savoir 4'539 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1996, tableau TA3; niveau de qualification 4, secteur production n° 15-37). Au regard du large éventail d'activités que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir que bon nombre d'entre elles sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,9 heures en 1996 ; La Vie Economique 12/2002, p. 88), ce montant doit être porté à 4'754 fr. ( $4'539 \times 41,9 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 57'048 fr. En conséquence, le revenu d'invalidé en 1996 est de 57'048 fr. ( $4'754 \times 12$ ). Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production

et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvre cette catégorie, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées au handicap des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées. Il n'y a pas lieu de procéder à un abattement sur ce montant, la capacité de travail de 50 % déterminée par les médecins du COMAI tenant précisément compte de toutes les limitations de l'assuré, de sorte que le salaire avec invalidité, compte tenu de ce taux d'activité de 50 % s'élève à 28'524 fr. Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité  $[(63'812 - 28'524) / 63'812 \times 100]$ , on obtient un degré d'invalidité de 55,3 %, ouvrant à l'assuré le droit à une demi-rente. La décision de l'OCAI doit donc être confirmée, en tant qu'elle octroie à l'assuré une demi-rente d'invalidité, mais pas en ce qui concerne la date d'ouverture du droit aux prestations, qui sera fixée au 1<sup>er</sup> février 1996, conformément à ce qui précède (cf supra point 12). Au bénéfice de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il est représenté par un organisme chargé de l'assistance publique (VSI 2000 p. 294).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.