

GE_GERICHTE A/1949/2003 vom 15. Juni 2004

GE Cour de justice, 2004-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1949_2003

FR: GE_GERICHTE A/1949/2003 du 15 juin 2004

IT: GE_GERICHTE A/1949/2003 del 15 giugno 2004

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.06.2004
A/1949/2003

A/1949/2003 ATAS/474/2004 du 18.06.2004 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 24.08.2004, rendu le 18.10.2005, ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1949/2003 ATAS/474/2004 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES 2 ème chambre du mardi 15 juin 2004 En la cause Monsieur D _____ , comparant par Me Maurizio LOCCIOLA en l'Etude duquel il élit domicile Recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE , 97, rue de Lyon, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur D _____, ressortissant portugais né en 1948, est arrivé en Suisse en 1988 afin d'y exercer son métier de manœuvre. Dans un premier temps, celui-ci a été employé par X _____ SA comme ouvrier agricole puis, dès le 1 er janvier 1993, il a été engagé au service de voirie de la société Y _____ Le 2 avril 2000, l'intéressé a été victime d'un accident de la circulation. Le Dr A _____, du service des urgences de établissement hospitalier (France), a indiqué que le patient se plaignait de douleurs cervicales et dorsales mais qu'aucune lésion osseuse n'avait été constatée. Un arrêt de travail d'une semaine a été prescrit pour une entorse cervicale. Dans son rapport médical du 5 mai 2000 à l'attention de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER), la Dresse B _____, médecin traitant, a attesté d'une incapacité totale de travail en raison de douleur sacro-iliaque droite et lombalgies. Consulté sur demande de la Dresse B _____, le Dr C _____, Chef de clinique au Service de neurochirurgie de établissement hospitalier, a diagnostiqué des lombalgies post-traumatiques sans lésion radiologique dans son rapport du 23 mai 2000. Aucune indication chirurgicale n'était retenue, mais il était proposé de confier le patient à la Clinique de la ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER à Sion. Le 27 juin 2000, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, le Dr D _____, lequel s'est rallié à la proposition du Dr C _____ consistant en une prise en charge rapide par la Clinique de réadaptation. Du 11 juillet au 9 août 2000, le patient a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER. A l'issue de son séjour, les Dr E _____ et F _____ ont retenu le diagnostic de lombalgies basses sans syndrome radiculaire, d'une discopathie L5-S1 ainsi que des séquelles de dystrophie de croissance. Les douleurs présentées par le patient étaient expliquées en partie par les constatations médicales, mais semblaient aggravées par des éléments non organiques. En accord avec le patient, la capacité de travail était fixée à 50 % dès le 14 août 2000. En date du 24 août 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et/ou une rente. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 13 octobre 2000, la Dresse

B_____ a indiqué que son patient souffrait de lombalgies chroniques, de troubles dégénératifs et antélisthésis de degré I L5-S1, de séquelles de dystrophie de croissance et d'un état dépressif circonstanciel. La profession de manœuvre ne pouvait plus être exercée par le patient, de sorte qu'il était impossible que celui-ci reprenne son activité professionnelle. Toutefois, l'état de santé était stationnaire et le patient devrait bénéficier d'une réinsertion professionnelle envisageant un travail physiquement beaucoup moins lourd. 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 était prévu pour une durée de trois mois dès le 11 mars 2002 au Centre d'Intégration professionnelle. Le 31 juillet 2002, le COPAI a rendu son rapport, duquel il ressortait que les maîtres de réadaptation estimaient qu'un rendement de 75 % serait exigible sur un plein temps en tant qu'ouvrier d'usine ou d'employé au conditionnement au terme d'une période de mise au courant pratique en entreprise, à condition que l'assuré montre plus d'engagement. Un prolongement de trois mois de la mesure était demandé afin de tout mettre en œuvre pour aider l'assuré à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans le cadre d'un stage ESPACE. A l'issue de ce stage ESPACE, le COPAI a conclu théoriquement sur dossier le 9 octobre 2002 en confirmant une capacité résiduelle de travail de 75 %. Dans un travail adapté, la baisse de rendement était essentiellement due à la nécessité d'alterner les positions. L'assuré avait généralement fait preuve de peu de motivation durant ses stages en entreprise et il n'entrait pas dans une démarche de reclassement. Dans un rapport du 20 novembre 2002, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 30,4 %, n'ouvrant pas le droit à la rente. Dans le cadre de la comparaison de revenus, un abattement de 15 % était imputé sur le revenu d'invalidité pour tenir compte de la limitation aux activités légères. Par décision du 19 décembre 2002, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assuré en raison d'un taux d'invalidité de 30,4 % n'ouvrant pas le droit à une rente. Le lendemain, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de refus de mesures professionnelles au motif que la capacité de travail attestée par l'observation professionnelle ne nécessitait pas une nouvelle formation ou un complément de formation. Le 21 janvier 2003, l'assuré a interjeté recours contre ces décisions auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, concluant à ce qu'il lui soit octroyé une rente d'invalidité d'au moins 50 % et subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. Dans son complément du 26 février 2003, le recourant a modifié ses conclusions et demandé l'annulation des décisions querellées ainsi que l'octroi de mesures professionnelles. Par préavis du 30 avril 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il y avait lieu de suivre les conclusions de l'observation professionnelle et la rente ne pouvait être accordée, vu le taux d'invalidité de 30,4 %. Par ailleurs, en raison du manque d'engagement de l'assuré et du fait que les emplois qui lui étaient encore accessibles ne demandaient aucune formation particulière, les mesures professionnelles ne pouvaient être accordées. Le 18 juin 2003, le recourant a transmis à la Commission de recours un certificat médical de Dr G_____, psychiatre, duquel il ressortait qu'il souffrait d'un probable état de stress post-traumatique et d'un probable trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Par courrier du 26 juin 2003, l'OCAI a relevé que le psychiatre n'était pas en mesure de se prononcer précisément sur la situation et qu'il n'avait rencontré l'assuré qu'à partir du mois de mai 2003. Le certificat était exclusivement basé sur les dires du patient. Le 11 décembre 2003, le recourant a transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales, en charge de la procédure depuis le 1^{er} août 2003, deux certificats médicaux établis par les Dr

H _____, spécialiste en rhumatologie, et C _____. Le Dr C _____ avait revu le patient le 9 septembre 2003 et a indiqué dans son rapport daté du lendemain que la capacité de travail de 75 % lui semblait particulièrement optimiste et qu'elle était en réalité nettement moins importante. Le Dr H _____ a indiqué dans son certificat du 3 décembre 2003 que la capacité de travail de 75 % ne semblait actuellement pas possible, mais que dans un travail adapté, le patient pourrait au moins travailler à 50 %. Par courrier du 9 février 2004, l'OCAI a versé à la procédure un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui se prononçait sur les nouvelles pièces médicales produites par le recourant. Les diagnostics posés par le Dr G _____ n'étaient que « probables » ou « éventuels » et le trouble psychique était connu de l'OCAI qui en avait tenu compte pour rendre sa décision. Le Dr H _____ confirmait des diagnostics connus et demandait une réadaptation, laquelle avait déjà été proposée au recourant et avait échoué. L'état de santé ne semblait pas avoir changé depuis un an. Le 2 mars 2004, le recourant a contesté la teneur du rapport du SMR et sollicité l'audition par le Tribunal des Dr H _____, C _____ et G _____. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 16 mars 2004. Le recourant a indiqué qu'il n'avait pas fait de recherches d'emploi, mais qu'il acceptait d'en faire et de travailler à 50 %. L'OCAI s'est déclarée d'accord d'examiner l'aide au placement et le recourant a précisé qu'il déposerait une nouvelle demande de prestations à ce sujet. Ses conclusions sur le fond visaient à l'obtention d'une demi-rente d'invalidité calculée sur un taux d'invalidité d'au moins 50 %. A l'issue de l'audience, le Tribunal a gardé la cause à juger. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 1^{er} let. r LOJ). Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1^{er} let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise (ci-après Cst GE). b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants : - elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4^{ème} édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.). - l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction. - une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1^{er} août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus. c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant. Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du

domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS. Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : « Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ». La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé. Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc... qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts...). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ». Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence. Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnelles. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le

législateur. Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise. L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs. 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. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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. 1^{er} 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 (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). L'objet du recours est de déterminer le taux d'invalidité de l'assuré et par conséquent son droit à une rente d'invalidité et/ou à des mesures professionnelles. A titre préalable, le recourant sollicite du Tribunal de céans l'audition des Dr H_____, C_____ et G_____. Le Tribunal ne donnera pas suite à cette demande pour les motifs suivants. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^e éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 II 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, le dossier contient des rapports écrits et récents de tous ces médecins. Ces rapports ne nécessitent pas que leurs auteurs soient entendus par le Tribunal. Ainsi, le Tribunal rejettera cette demande préalable d'instruction complémentaire du recourant. 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^{er} 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. 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 Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après 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 apprécie 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^{er} 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 recourant estime que l'OCAI n'aurait pas dû se baser sur les conclusions du

COPAI pour effectuer le calcul du taux d'invalidité, mais sur celles des Dr B _____, G _____, C _____ et H _____. Cette manière de voir est erronée, dans la mesure où les une et les autres ne sont pas contradictoires. Tout d'abord, dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 13 octobre 2000, la Dresse B _____ a indiqué que le patient était incapable de travailler dans sa profession de manœuvre, mais qu'il devait bénéficier d'une réinsertion professionnelle lui permettant d'exercer un métier beaucoup moins lourd. L'état de santé était jugé stationnaire. Ce docteur a par ailleurs expressément confirmé par téléphone au médecin-conseil de l'OCAI que son patient pouvait exercer une autre activité. Le Dr G _____, qui n'a vu le recourant qu'à trois reprises à partir de mai 2003, a précisé dans son rapport du 11 juin 2003 que ses indications ne pouvaient être qu'approximatives. Ses diagnostics ne faisaient état que de probabilités. Avec beaucoup de retenue et en se basant sur les dires de son patient, ce médecin a estimé qu'il était « difficile d'estimer la limitation de sa capacité de gain », mais qu'il pouvait « imaginer qu'elle s'élève à 50 % ». S'agissant du Dr C _____, il a confirmé dans son rapport du 10 septembre 2003 les atteintes à la santé dont souffrait le patient et relevé qu'une capacité de travail de 75 % lui semblait particulièrement optimiste, sans pour autant l'exclure. Enfin, le rapport du 3 décembre 2003, du Dr H _____ n'est pas particulièrement clair puisqu'il indique : « l'incapacité de travail dans la situation actuelle est au plus de 50 %, à mon avis, et moins de 75 %, comme l'indique le Dr C _____ dans la dernière phrase de son rapport ». Il a ainsi confirmé qu'une activité adaptée pouvait être exercée dans un poste adapté par le recourant selon un taux d'au moins 50 %. Quant aux rapports du COPAI, ils reposent sur une mesure observation professionnelle du recourant durant plus de six mois. Une première partie (3 mois) a consisté dans l'établissement d'un bilan des capacités réelles de l'assuré (stage OSER) et une seconde visait à déterminer si l'assuré pouvait réellement être réadapté en lui proposant des ateliers et des stages en entreprise (stage ESPACE). Le rapport OSER est très convaincant et complet, tant en ce qui concerne la personnalité du recourant, qu'en ce qui concerne les limitations observées. Les responsables ont décrit en détail les activités et travaux qu'il était en mesure d'effectuer, tout en soulignant qu'il ne prenait que peu d'initiative dans son travail. Ils ont également mis en évidence les problèmes rencontrés par l'assuré. A l'issue de cette observation, les capacités physiques de l'assuré étaient jugées compatibles avec un emploi léger lui permettant l'alternance des positions dans le circuit économique normal. Ses rendements initiaux de 55 % étaient susceptibles de s'améliorer. Ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient également compatibles avec un emploi pratique, simple et répétitif dans le circuit économique normal et l'assuré avait les capacités lui permettant de suivre une brève mise au courant. Quant aux capacités d'intégration sociale du recourant, elles étaient également compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. L'évaluation intermédiaire après l'observation concluait que le stagiaire pouvait être réadapté dans des activités légères, non statiques et offrant la possibilité d'alterner les positions. Le port de charges était limité et le tronc ne devait pas être trop sollicité en inclinaison. Les compétences manuelles, intellectuelles et affectives faisaient que l'assuré ne pouvait travailler que dans des activités pratiques, légères, simples et répétitives en tant qu'exécutant, sans avoir à effectuer des gestes fins et trop précis. Un rendement de 75 % serait exigible sur un plein temps en tant qu'ouvrier d'usine ou employé au conditionnement après la mise au courant pratique. Afin de confirmer cette évaluation, l'assuré a été envoyé en stage en atelier et en entreprise durant trois mois supplémentaires. Le rapport ESPACE relève que les rendements ont peu progressé et que l'engagement peut être qualifié de faible à moyen. Le rendement exigible de 75 %

était confirmé. Le rendement moyen en entreprise (Z_____SA) avait été de 60 %, ce qui ne remettait pas en question l'exigibilité fixée à 75 % après une période de mise au courant. L'assuré restait plaignant et peu motivé par un reclassement qui était dès lors considéré comme inutile et inefficace. Concluant théoriquement sur dossier, la mise en valeur d'une pleine capacité de travail avec rendement de 75 % était retenue et confirmée, la baisse de rendement de 25 % étant essentiellement due au besoin d'alterner fréquemment les positions. L'appréciation du COPAI émane d'une institution de l'assurance-invalidité dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (« L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle », RCC 1990 p. 59 ss ; Karl ABEGG, « Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité »; ATFA non publié du 24 octobre 2003 en la cause I 35/03 consid. 4.3). Dès lors, dans la mesure où cette appréciation apparaît globalement exacte et suffisamment proche de celle des médecins en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de l'assuré, qu'elle est motivée et tout à fait convaincante, l'Office intimé ne pouvait pas s'en écarter. C'est donc à juste titre que l'OCAI a tenu compte d'une capacité résiduelle de travail entière avec un rendement de 75 % afin d'effectuer le calcul du taux d'invalidité du recourant. Il reste à vérifier le calcul effectué. Il convient 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 2 février 2003). En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 2000, durant laquelle le recourant aurait été capable de reprendre une activité adaptée, selon les dires de son médecin traitant. En effet, son état de santé était stabilisé et stationnaire depuis le mois d'octobre 2000 déjà. S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a cessé son activité professionnelle en 2000, il était employé comme manœuvre par la société Y_____SA pour un salaire mensuel de 4'100.-. Compte tenu d'un 13^{ème} salaire de 4'100.-, le salaire annuel du recourant sans invalidité en 2000 s'élève à 53'300 fr. 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 de la production en 2000, à savoir 4'598 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, tableau TA3; n° 10-45, niveau de qualification 4). 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 (41,8 heures en 2000 ; Office fédéral de la statistique, Durée du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à 4'805 fr. ($4'598 \times 41,8 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 57'660 fr. pour un rendement de 100 %. Afin de tenir compte du rendement de 75 % déterminé par le COPAI, ce montant doit être abaissé à 43'245 fr. Compte tenu du fait que l'assuré est jeune et habile de ses mains, il ne sera pas procédé à un abattement supplémentaire pour des limitations fonctionnelles, dans la mesure où la diminution de rendement de 25 % opérée par le COPAI vise précisément à tenir compte de ces limitations. Par contre, compte tenu du fait que l'assuré a été tenu éloigné du monde du travail durant plusieurs années, un abattement de 10 % pourra être retenu. Il en résulte donc un revenu d'invalidé de 38'921.- fr. Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($(53'300 - 38'921) / 53'300 \times 100$), on obtient un degré d'invalidité de 27 %, de sorte que l'assuré n'a pas droit à une rente. S'agissant de l'aide au placement, elle est théoriquement possible. Il sera donné acte aux parties qu'une telle mesure sera accordée au recourant, cas échéant après présentation d'une nouvelle demande ad hoc. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Donne acte à l'OCAI de son accord à l'octroi d'une aide au placement sur nouvelle demande du recourant. Rejette le recours pour le surplus. Dit que la procédure est gratuite. 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: Pierre RIES La Présidente : Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe

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