

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1895/04

ATAS/151/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**1<sup>ère</sup> chambre**

**du 15 février 2005**

En la cause

**Monsieur V \_\_\_\_\_,**

recourant

Contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,**  
sis rue de Lyon 97 à Genève

intimée

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,  
Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges**

---

### EN FAIT

1. Monsieur V \_\_\_\_\_, né le 13 février 1951, d'origine portugaise, marié et père de deux enfants, a travaillé en tant que temporaire du bâtiment auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_ jusqu'au 30 septembre 2000. Dès cette date, il a été employé comme manœuvre à plein temps (42,5 heures/semaine) chez Y \_\_\_\_\_ où il réalisait un revenu annuel de 52'000 fr. (4'000 fr. par mois, 13<sup>ème</sup> salaire inclus).
2. Le 13 avril 2001, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% en raison de douleurs lombaires. Il a consulté le docteur A \_\_\_\_\_, du centre médical de Chêne-Bourg, lequel a mandaté le docteur B \_\_\_\_\_, radiologue, afin qu'il procède à une Imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire. Ce dernier a effectué son examen le 26 avril 2001 et a diagnostiqué une discopathie lombaire étagée prédominant en L4-L5 où il y avait un pincement intersomatique. Il n'existait ni sténose canalaire ou foraminale, ni protusion ou hernie et aucune évidence de conflit radiculaire.
3. Le 14 mai 2001, le docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué de nombreuses discopathies étagées de toute la colonne lombaire avec très nette prédominance en L4-L5. A son avis, le problème majeur réside dans le type de travail qu'effectuait l'assuré et il ne pensait pas que son dos soit encore en état de lui permettre de poursuivre une activité en tant que travailleur de force. Il fallait songer à un recyclage professionnel ou à un arrêt définitif du travail. Il a souligné qu'une opération n'était pas indiquée, dans la mesure où les interventions dans de tels cas n'étaient pas réputées donner des résultats exceptionnels. Ce praticien a encore diagnostiqué une sciatique, apparaissant au second plan par rapport à la douleur mécanique, en précisant qu'il avait prescrit au patient des séances de posture et de renforcement musculaire auprès d'un physiothérapeute.
4. Le 20 mars 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Il a indiqué souffrir de maux de dos et de sciatique au moindre effort à cause d'hernies discales depuis environ une année.
5. Le 12 avril 2002, le docteur A \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI, aux termes duquel il a diagnostiqué des discopathies lombaires pluri-étagées prédominant L4-L5 (diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail) ainsi qu'un alcoolisme chronique modéré (diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail). L'assuré était en incapacité de travailler à 100% depuis le 13 avril 2001 jusqu'à ce jour, l'état de santé demeurant stationnaire. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Dans une annexe au rapport du 18 avril 2002 concernant les capacités professionnelles du patient, le médecin traitant a indiqué que l'activité exercée par ce dernier jusqu'à présent, soit

maçon, n'était plus exigible, mais qu'une autre activité, du genre conciergerie par exemple, pouvait être exercée à plein temps. L'assuré devait éviter les positions à genoux et accroupie ainsi que l'inclinaison du buste, le travail en hauteur et ne devait ni lever, porter ou déplacer de charges, ni se baisser ou effectuer des mouvements des membres ou du dos, occasionnels comme répétitifs.

6. Le 8 juillet 2002, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé un stage de quatre semaines dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI) auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après le CIP) afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans un poste adapté.
7. Le 3 décembre 2002, le responsable du CIP a rédigé un rapport COPAI suite au stage de huit semaines effectué par l'assuré du 16 septembre au 10 novembre 2002. Il a conclu à une capacité résiduelle de travail de 80% (rendement de 80% sur un plein temps) dans un emploi léger, simple et pratique, en position assise avec possibilité d'en changer, comme par exemple ouvrier dans le milieu industriel ou le conditionnement léger ou contrôleur de produits finis. Il a relevé que l'assuré devait éviter le port de charges ainsi que les positions trop statiques.

Les responsables du bilan CAM (bilan cursus et impact sur la réadaptation), effectué les quatre premières semaines au CIP, ont relevé qu'au niveau des capacités physiques, l'assuré pouvait maintenir la position debout pour un travail d'une heure pour autant que la position ne soit pas statique mais devait ensuite s'asseoir. Il ne pouvait pas travailler debout et penché, mais assis et penché, avec appui des membres supérieurs sur le plan de travail. Le rendement moyen dans l'atelier durant la première quinzaine (travaux sériels en position assise avec possibilité d'alterner les positions) avait été de 75%. Durant la deuxième, il avait été de 70%. Malgré ces résultats, les responsables du CIP ont estimé que, avec de l'entraînement, un rendement de 80% sur un plein temps serait envisageable.

Lors des stages en entreprise (deux semaines chez Z\_\_\_\_\_ et deux semaines chez W\_\_\_\_\_), l'assuré s'était plaint de douleurs dorsales et avait consulté son médecin traitant, mais ne s'était pas absenté. Les responsables du CIP ont précisé que le premier employeur avait trouvé le stagiaire sérieux et assidu, avec des rendements proches de la normale la première semaine et de l'ordre de 80 % la deuxième semaine. Le second employeur avait perçu l'assuré comme une personne engagée qui ne se plaignait pas et qui avait du plaisir à travailler. Ses rendements avaient été de 50 à 60% sur un plein temps. Il avait cependant émis des réserves sur l'évolution de l'état de santé du stagiaire, craignant une détérioration. Au final, les responsables du CIP ont relevé que l'assuré avait eu un très bon engagement durant le stage, ce que les observations du COPAI avaient confirmé. Il avait produit des rendements variant entre 50 et 80% sur un plein temps selon les activités proposées.

8. Dans un rapport intermédiaire du 14 mars 2003, le docteur A \_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 16 décembre 2002. Ce praticien a posé le diagnostic de coxarthrose bilatérale et a relevé que les lombosciatalgies et les coxalgies dont souffrait l'assuré empêchaient la station debout prolongée. L'évolution allait vers un handicap de plus en plus sévère.
9. Entre le 17 avril 2003 et le 13 mai 2003, l'assuré a subi plusieurs examens. Le docteur D \_\_\_\_\_, radiologue, a effectué plusieurs radiographies de l'assuré (colonne lombaire et dorsale, bassin et hanche droite) et a notamment constaté des troubles statiques du rachis dorsal (scoliose) et une discopathie sévère en L4-L5 et ostéophytose antérieure. Le 23 avril 2003, le docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a effectué un électromyogramme (EMG) de l'assuré et relevé que l'examen myographique n'avait mis en évidence aucun signe positif d'atteinte neurogène. Le 2 mai 2003, la doctoresse F \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et en rhumatologie, a expliqué que l'examen clinique montrait la présence d'une scoliose dorso-lombaire avec syndrome vertébral subaigu dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens connus ainsi qu'une périarthrite de la hanche droite avec amplitudes de hanche conservées bilatéralement. Elle a diagnostiqué une tendinite, voire une tendinobursite du moyen fessier droit. Le 13 mai 2003, le docteur G \_\_\_\_\_, radiologue, a effectué une IRM du bassin et a conclu que les données IRM ne permettaient pas de conclure à une ostéonécrose. Il existait une discrète coxarthrose bilatérale.
10. Le 6 juin 2003, le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a également examiné l'assuré à la requête de son médecin traitant après avoir demandé au docteur I \_\_\_\_\_ d'effectuer une échographie des plis inguinaux. Il a relevé que les radiographies objectivaient une coxarthrose débutante, que l'IRM du 13 mai ne montrait aucun foyer d'ostéonécrose et que les ultrasons de la région inguinale ne montraient pas de hernie inguinale mais objectivaient en revanche une tendinopathie et une insertionite du droit antérieur et du couturier prédominant à droite.
11. Le 12 juin 2003, le médecin traitant de l'assuré, sur questions de l'OCAI, a expliqué que l'association de canal lombaire étroit et de coxarthrose lui paraissait incompatible avec une activité professionnelle même essentiellement assise à 80 % (nécessité de changement de position voir périodes d'alitement). Il a précisé qu'il ne voyait pas de facteurs déclenchant de la coxarthrose dès lors qu'il ne s'agissait pas de nécrose aseptique de la tête fémorale.
12. Le 18 juillet 2003, la doctoresse F \_\_\_\_\_ a également répondu aux questions posées par l'OCAI et a relevé que l'état de santé de l'assuré n'était pas compatible avec les conclusions du COPAI, soit une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée. Elle a expliqué que le patient présentait un syndrome vertébral subaigu avec périarthropathie de la hanche droite symptomatique et qu'une capacité

de travail résiduelle de 80 % lui paraissait élevée en raison de troubles lombaires associés à une coxarthrose bilatérale débutante avec couverture insuffisante des têtes fémorales et dont le pronostic restait réservé.

13. Par décision du 30 octobre 2003, l'OCAI a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assuré en fixant son degré d'invalidité à 23,30 %. Il a précisé que ce taux n'ouvrait pas le droit à une rente et que l'assuré avait par ailleurs refusé toutes mesures de réadaptation professionnelle.
14. Par courrier du 26 novembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision par l'entremise de son conseil en concluant à son annulation et à la reprise de l'instruction du dossier, notamment en requérant des renseignements complémentaires auprès de la doctoresse F \_\_\_\_\_ et, éventuellement, en donnant mandat à un rhumatologue de procéder à une expertise. Il a relevé que la décision n'avait aucunement tenu compte de l'aggravation de son état de santé attestée par son médecin traitant ainsi que par la doctoresse F \_\_\_\_\_ et que seul un avis succinct avait été requis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR Léman).
15. Le 27 novembre 2003, la doctoresse F \_\_\_\_\_ a derechef examiné l'assuré sur requête de son médecin traitant. Elle a relevé que le status restait globalement superposable à celui décrit dans son rapport du 2 mai 2003, la mobilisation du tronc restant limitée et douloureuse surtout en paravertébral droit avec douleur à la pression des épineuses lombaires. L'IRM lombaire complémentaire effectuée le 13 novembre 2003 par le docteur D \_\_\_\_\_ montrait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une dégénérescence discale étagée avec discarthrose surtout L4-L5, une protusion discale partiellement ostéophyttaire en L3-L4 de localisation médiane et paramédiane appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural, une protusion ostéophyttaire en L4-L5 et une arthrose interapophysaire postérieure prédominant en L3-L4 et L4-L5 avec rétrécissement modéré des trous de conjugaison. En conclusion, la doctoresse F \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il y avait coexistence de deux pathologies chez l'assuré, soit d'une part, un canal lombaire constitutionnel relativement étroit associé à des lésions arthrosiques et discales dégénératives surajoutées dont une discopathie sévère en L4-L5 beaucoup plus prononcée qu'en 2001 et, d'autre part, une coxarthrose débutante bilatérale radiologique. Le tableau radiologique concordait avec les plaintes du patient. Elle a souligné que l'assuré ne pouvait plus effectuer son métier de manœuvre et qu'il se maintiendrait difficilement dans un travail plus léger en raison du tableau radiologique lombaire aggravé depuis 2001, associé à une coxarthrose débutante d'évolution incertaine chez un patient déjà limité dans son périmètre de marche, ne pouvant effectuer des efforts, ayant une mobilité lombaire diminuée, dont le traitement médical demeurait peu efficace.

16. Le 29 avril 2004, le docteur J \_\_\_\_\_ du SMR Léman a examiné l'assuré et a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI ; il a diagnostiqué des rachialgies chroniques avec lombosciatalgies droites, des troubles statiques dégénératifs du rachis lombaire ainsi que des gonalgies gauches. L'examen clinique effectué avait mis en évidence des limitations modérées du rachis dorsolombaire principalement en extension, rotation et inclinaison latérale, ceci dans un contexte d'une importante autolimitation d'allure douloureuse. Le médecin a relevé d'importantes incohérences entre les possibilités montrées lors de l'anamnèse et lors de l'examen clinique analytique, en particulier au niveau de la flexion du tronc de la torsion et de l'accroupissement. Il n'existait pas de limitation à la mobilité articulaire de la hanche et cela était également vrai pour les deux genoux, pour lesquels l'examen clinique était sans particularité. En ce qui concernait les hanches, tant les radiographies standards qu'en incidence de Lauenstein, couplées avec l'IRM du bassin récente, ne permettaient pas de retenir le diagnostic de coxopathie évolutive. Les signes étaient extrêmement discrets, limités à une sclérose sous-chondrale à un début de réaction ostéophysaire antéro-supérieure marginale gauche. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le docteur J \_\_\_\_\_ n'a retenu aucune au niveau des hanches vu l'absence de limitations articulaires et la pauvreté des signes radiologiques. Au niveau du rachis lombaire, les limitations fonctionnelles étaient le port de charge de plus de 15 kilos, la station assise et debout prolongée immobile, le besoin d'alterner les positions de manière régulière, les postures statiques contraignantes pour le rachis (torsion du tronc, réclinaison lombaire et porte-à-faux) ainsi que le travail sur échelle ou en position accroupie. Il a conclu à une capacité de travail exigible de 100% avec un rendement de 90%, principalement en raison d'une grande fatigabilité et du besoin d'alterner les positions afin de ménager le rachis lombaire. En tant que manoeuvre sur les chantiers, la capacité de travail était nulle.
17. Par décision sur opposition du 6 juillet 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition formée le 26 novembre 2003 et confirmé sa décision du 30 octobre 2003. Il s'est fondé tant sur le rapport COPAI que sur le nouvel examen médical effectué par le SMR Léman.
18. Par courrier du 3 septembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a annoncé au Tribunal de céans qu'il communiquerait un dossier médical complet le plus rapidement possible.
19. Par courrier du 13 septembre 2004, sur requête du Tribunal de céans, le recourant a complété son recours et conclu à l'annulation de la décision sur opposition, à la reconsidération de la position de l'OCAI ainsi qu'à la reprise de l'instruction du dossier, notamment sous la forme d'une nouvelle expertise à confier à un rhumatologue. Il a expliqué que son état de santé s'était aggravé et qu'il avait demandé de nouveaux examens au centre médical de Chêne-Bourg, lesquels ne lui étaient pas tous parvenus. Il a produit un certificat du 27 août 2004 de son nouveau

médecin traitant, la doctoresse K\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport d'expertise privée du même jour émanant du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne, médecine physique et réhabilitation, médecine manuelle SAMM et médecine du sport SSMS. Dans le premier document, le médecin traitant a repris les précédents diagnostics posés par ses confrères tout en les complétant. Elle a relevé que l'assuré souffrait également d'une poly-neuropathie des membres inférieurs en cours d'investigation, d'une discrète anémie, d'un amaigrissement et d'un état dépressif traité depuis 2001 se péjorant avec des troubles mnésiques, perte de concentration, thymie triste, désintérêt de la vie et isolement social. Dans le second document, l'expert, après avoir examiné le patient le 16 juillet et les 20 et 24 août 2004 et avoir pris connaissance de son dossier AI, a diagnostiqué des lombosciatalgies paresthésiantes bilatérales avec claudication neurologique, un canal lombaire relativement étroit constitutionnel, secondairement rétréci, un trouble dégénératif et statique ainsi que des discopathies étagées. Sans se prononcer sur le taux d'activité encore exigible, le docteur L\_\_\_\_\_ a néanmoins souligné plusieurs limitations fonctionnelles, soit notamment pas de station assise prolongée (théoriquement tolérée pendant soixante minutes), station debout statique prolongée limitée à trente minutes et pas de manière répétée, marche sans interruption limitée à trente minutes, pas de mouvements répétés en flexion/ extension, inclinaisons latérales et rotations du tronc ni positions soutenues en porte à faux, pas de port de charges supérieures à cinq kilos, pas de travaux au-dessus du sol, pas de montée et descente répétée d'escaliers, et enfin diminution de l'endurance en raison des douleurs qui restreignent sa mobilité et ses possibilités d'entraînement. L'expert a précisé qu'il y avait concordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations radiologiques.

20. Par préavis du 23 septembre 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours.
21. Par réplique du 25 octobre 2004, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions tout en répétant que la décision de l'OCAI ne tenait pas compte de l'aggravation de son état de santé depuis janvier 2003 telle qu'attestée par de nombreux médecins, dont son médecin traitant et la doctoresse F\_\_\_\_\_.
22. Par duplique du 12 novembre 2004, l'OCAI a également persisté dans ses conclusions tout en se référant à un avis de la doctoresse M\_\_\_\_\_ du SMR Léman du 11 novembre 2004. Dans ce document, cette praticienne a expliqué que le docteur L\_\_\_\_\_ argumentait sur le canal lombaire qu'il considérait comme étroit alors que le docteur J\_\_\_\_\_ le décrivait dans les limites inférieures de la norme. Elle a relevé que le docteur L\_\_\_\_\_ n'apportait pas de preuves quant à une aggravation notable depuis l'examen du 29 avril 2004 effectué par le SMR Léman et que les limitations fonctionnelles qu'il avait énumérées ne différaient pas de manière importante de celles fixées par le docteur J\_\_\_\_\_. Elles entraient du reste entièrement dans le cadre des conclusions du rapport COPAI du 3 décembre 2002. Quant à l'état dépressif mentionné et traité depuis

2001, c'était la première fois qu'il était signalé dans le dossier et, de plus, une réaction dépressive suite à un refus était banale. L'OCAI a précisé qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, dans la mesure où il n'en voyait pas la nécessité.

23. Par courrier du 15 février 2005, le Tribunal de céans a transmis aux parties leurs dernières écritures et les a avisé que la cause était gardée à juger.
24. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

### **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. 56V al. 1 let a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les art. 38. à 41 sont applicables par analogie (art. 60 al. 2 LPGA). L'art. 38 al. 4 let. b LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Compte tenu de ces dispositions, le recourant a respecté le délai de trente jours prévu à l'art. 60 al. 1 LPGA en déposant son recours le 3 septembre 2004, suite à la décision sur opposition de l'OCAI du 6 juillet 2004. Partant, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.
4. Le litige porte en premier lieu sur la question de savoir si les documents sur lesquels s'est fondé l'OCAI pour fixer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, soit essentiellement l'examen du docteur J\_\_\_\_\_ du SMR Léman réalisé en date du 29 avril 2004 ainsi que le rapport COPAI du CIP du 3 décembre 2002,

possèdent une pleine valeur probante. Se pose également la question de la nécessité in casu de procéder à des mesures d'instruction complémentaire, notamment l'audition des docteurs A\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.

a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré d'accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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).

Selon le chiffre 6007 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après CPAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), on fait appel aux services du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (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). Les informations recueillies lors du stage d'observation professionnelle complètent utilement les données médicales dans le cas particulier (à propos du rôle du COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, RCC 1990 p. 59 s.; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], RCC 1985 p. 246 s.).

Par ailleurs, selon l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, l'Office fédéral des assurances sociales peut accorder aux offices AI qui, dans le cadre d'un projet pilote d'une durée limitée, mettent en place des services médicaux communs aux fins d'examiner les conditions médicales du droit aux prestations, la compétence de procéder au sein de ces services à des examens médicaux sur la personne des assurés. Selon l'alinéa 3 des dispositions finales de la modification du 4 décembre 2000 (entrée en vigueur le 1er janvier 2001), la durée de validité de l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, est limitée à trois ans. Dès lors, l'examen du recourant par des médecins de l'office, dans le cadre de l'examen clinique 29 avril 2004 effectué par le docteur J \_\_\_\_\_ du SMR Léman, projet pilote, ne prête pas flanc à la critique.

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<sup>er</sup> juillet 2003 en la cause I 167/03).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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).

b) En l'espèce, l'office intimé fait valoir que tant l'examen réalisé par le docteur J \_\_\_\_\_ du SMR Léman que le rapport COPAI, satisfont pleinement aux exigences requises par la jurisprudence, raison pour laquelle il se justifie de se baser sur ces deux documents pour retenir une capacité résiduelle de travail de l'assuré de 80 %. En revanche, le recourant est d'avis que l'OCAI n'a pas tenu compte des autres appréciations médicales des médecins amenés à se déterminer sur son état de

santé, et corollairement, qu'il n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé depuis la mi-décembre 2002.

Force est de constater in casu que le point de vue du recourant doit être suivi.

b. 1) En effet, il sied de relever en premier lieu que l'examen du docteur J\_\_\_\_\_ du SMR Léman ne revêt pas une pleine valeur probante dans la mesure où il ne répond pas à tous les critères jurisprudentiels susmentionnés. Il est exact que ce praticien a posé des diagnostics clairs dans le cadre d'une classification reconnue (rachialgies chroniques avec lombosciatalgies droites sur troubles statiques dégénératifs du rachis lombaire et gonalgies gauches, cf. examen clinique du 29 avril 2004, pièce 39, fourre 5 OCAI, p. 4) après avoir procédé à un examen complet, avoir pris connaissance du dossier radiologique de l'assuré (cf. p. 1) et avoir établi son anamnèse familiale (cf. p. 1), son anamnèse professionnelle (cf. p. 1) ainsi que son anamnèse ostéoarticulaire et son anamnèse psychosociale et psychiatrique (cf. p. 2). Il est également vrai qu'il a, par ailleurs, décrit le contexte médical avec précision (cf. « status ostéoarticulaire et général », p. 3) tout en décrivant quelles étaient les limitations fonctionnelles rencontrées par le recourant (cf. p. 5). Le Tribunal de céans relève cependant que l'appréciation du cas prête le flanc à la critique dès lors que, au vu des importantes limitations fonctionnelles constatées et de la description du contexte clinique, il est difficile de se ranger à l'avis médical du docteur J\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail exigible du recourant serait de 100% dans une activité adaptée avec un rendement de 90%. Cette appréciation est d'autant moins soutenable à la lecture du rapport COPAI du 3 décembre 2002, mentionnant les difficultés réelles constatées « in situ » lors d'un travail adapté (cf. rapport COPAI, pièce 11, fourre 5 OCAI). On relèvera encore que ce praticien est le seul à faire état de divergences entre les plaintes de l'assuré et l'examen clinique, alors que tant la doctoresse F\_\_\_\_\_ que le docteur L\_\_\_\_\_ ont souligné qu'il existait une bonne concordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations radiologiques (cf. rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2003 et rapport d'expertise du docteur L\_\_\_\_\_ du 27 août 2004). Les conclusions du docteur J\_\_\_\_\_ ne doivent dès lors pas être prises en compte pour l'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant dans le cas d'espèce.

b. 2) En ce qui concerne les autres rapports médicaux que l'OCAI ne semble pas vouloir prendre en compte pour évaluer la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, il sied de relever que, lors de l'appréciation d'un cas d'espèce, il convient de tenir compte de la globalité du dossier et, par conséquent, de toutes les pièces y figurant, selon leur valeur probante. Or, tant l'expertise privée réalisée par le docteur L\_\_\_\_\_ le 27 août 2004 que les rapports de la doctoresse F\_\_\_\_\_ des 2 mai 2003 et 27 novembre 2003 répondent aux critères posés par la jurisprudence et ont dès lors pleine valeur probante.

---

En effet, le Tribunal de céans constate que le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne, médecine physique et réhabilitation, médecine manuelle SAMM et médecine du sport SSMS, a procédé à une étude circonstanciée du cas du recourant. Après l'avoir examiné trois fois, les 16 juillet et 20 et 24 août 2004, ce praticien a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant (cf. rapport d'expertise du 27 août 2004, p. 2 « description des plaintes actuelles ». pièce 12, fourre recourant), et a effectué des constatations objectives (cf. rapport d'expertise, p. 3 et 4) après avoir pris connaissance du dossier radiologique de l'assuré (cf. p. 4). Il a posé des diagnostics clairs dans le cadre d'une classification reconnue (cf. p. 5) tout en appréciant la situation médicale et en motivant clairement ses conclusions. A cet égard, le fait qu'il n'ait pas chiffré avec précision la capacité résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée n'est pas déterminant dès lors que ses conclusions sont parfaitement intelligibles et expliquées. Il sied du reste de constater que les limitations fonctionnelles constatées correspondent à celles mises en évidence par tous les autres médecins.

Quant aux rapports de la doctoresse F\_\_\_\_\_, force est également de reconnaître qu'ils possèdent une pleine valeur probante, ce malgré leur brièveté. Tous deux décrivent objectivement le contexte médical et les plaintes du recourant (cf. rapport du 2 mai 2003, premier et deuxième paragraphe, pièce 25, fourre 3 OCAI et rapport du 27 novembre 2003, premier et troisième paragraphe, pièce 7, fourre recourant). Ils prennent par ailleurs en compte l'anamnèse et les examens complémentaires effectués (cf. quatrième paragraphe des deux rapports); les conclusions sont claires, bien motivées, décrivant également avec précision la nature des affections dont souffre le recourant et les limitations rencontrées (cf. rapports, p. 2, « conclusions »). En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail de l'assuré, cette praticienne a expliqué qu'une capacité de travail de 80 % lui paraissait élevée en raison des troubles lombaires associés à une coxarthrose bilatérale débutante avec couverture insuffisante des têtes fémorales et dont le pronostic restait réservé (cf. réponses aux questions de l'OCAI du 18 juillet 2003, p. 29, fourre 3 OCAI). Dans son rapport ultérieur du 27 novembre 2003, elle a encore précisé que le recourant se maintiendrait difficilement dans un travail plus léger en raison du tableau radiologique lombaire aggravé depuis 2001 ( cf. p. 2 du rapport).

Le Tribunal de céans relèvera que, hormis l'avis médical du docteur J\_\_\_\_\_ qui doit être écarté pour les raisons déjà décrites, ces conclusions sont partagées par le médecin traitant, le docteur A\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 12 juin 2003, pièce 27, fourre 3 OCAI), ainsi que, indirectement, par le docteur L\_\_\_\_\_ et confirmées par les responsables du COPAI.

b. 3) Il convient également de prendre en compte le rapport COPAI du 3 décembre 2002 dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant. C'est le lieu de préciser que 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). Le rapport COPAI possède donc pleine valeur probante, même s'il y a lieu de se référer non pas au rapport de synthèse du directeur du CIP, mais bien aux divers rapports des responsables du CIP, soit les responsables du bilan CAM et ceux qui se sont déterminés lors des stages en entreprise effectués lors du deuxième mois du COPAI.

Lors des quatre premières semaines au CIP, les responsables ont relevé que, l'assuré pouvait maintenir la position debout pour un travail d'une durée d'une heure pour autant que la position ne soit pas statique et qu'il ressentait ensuite le besoin de s'asseoir. Il ne pouvait pas travailler debout et penché, mais assis et penché, avec appui des membres supérieurs sur le plan de travail. Le rendement moyen dans l'atelier durant la première quinzaine avait été de 75%, puis, durant la deuxième quinzaine, de 70% (cf. rapport COPAI, p. 5 et 6, « rendements dans la position optimum »). Les responsables ont ensuite inféré du fait que le recourant serait probablement capable, avec de l'entraînement, de parvenir à un rendement de 70 % sur un plein temps, voire de 80 % (cf. rapport, p. 6 et 12).

Or, lors des stages en entreprise, si les rendements du recourant ont été proches de la normale la première semaine et de l'ordre de 80% la deuxième semaine, ils n'ont pas dépassé 50 à 60% sur un plein temps lors des deux dernières semaines (cf. rapport, p. 13 et 14). Il est à relever que ces rendements ont été constatés alors même que l'engagement de l'assuré avait été perçu comme excellent auprès des deux employeurs, le second employeur ayant même précisé qu'il percevait le recourant comme une personne engagée qui ne se plaignait pas et qui avait du plaisir à travailler. Il avait ajouté qu'il aurait souhaité l'embaucher à mi-temps si la conjoncture de l'entreprise l'avait permis, quand bien même il avait émis des réserves sur l'évolution de son état de santé, craignant une détérioration (cf. rapport p. 14).

Au vu de ces explications, le rapport de synthèse du COPAI apparaît incompréhensible en tant qu'il constate une capacité résiduelle de travail de 80 % alors même que les stages en entreprise ont démontré que le rendement baissait rapidement pour se stabiliser aux alentours de 50-60 %, malgré un engagement excellent de la part de l'assuré. Le Tribunal relève d'ailleurs à ce propos que ce dernier n'a connu aucun jour d'absence lors du COPAI qui a duré deux mois, ayant

---

uniquement consulté son médecin traitant lors des douleurs constatées durant le travail en entreprise.

b. 4) Au vu de tous ces éléments, il apparaît bien plutôt que la capacité résiduelle réelle du recourant dans un travail adapté tel que celui effectué lors des stages en entreprise est de 60 %. Ce résultat se déduit non seulement de la teneur du rapport COPAI, mais également des diverses limitations constatées par les médecins, y compris par le docteur J \_\_\_\_\_, au vu de ce qui a été rappelé ci-dessus. Il apparaît que l'état de santé du recourant s'est effectivement aggravé pendant la durée du stage effectué au COPAI et que les médecins qu'il a ensuite consultés n'ont pu que constater cette aggravation. Le rapport COPAI permet de le constater dès lors que, à suivre l'évolution du recourant durant le stage, on constate que non seulement les rendements attendus de l'ordre de 80 % ne se sont pas produits, mais encore que l'assuré n'a jamais dépassé un rendement de 50 à 60 % sur un plein temps lors de deux dernières semaines au début du mois de novembre 2002. Le docteur A \_\_\_\_\_ a d'ailleurs constaté l'aggravation de l'état de santé à peine un mois plus tard, puisqu'il a relevé dans son rapport du 14 mars 2003 avoir remarqué une péjoration de l'état de santé depuis le 16 décembre 2002.

5. Il reste dès lors à examiner le taux d'invalidité du recourant conformément aux dispositions légales en vigueur.

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent au moins, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 1/3 % au moins d'invalidité (trois-quart pour une invalidité de 60 % au moins et entière dès 70 % d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 selon la loi fédérale du 21 mars 2003, 4<sup>e</sup> révision de l'AI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Celle-ci s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

b) Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus, les rapports existants au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications significatives des données hypothétiques déterminantes survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174; ATFA non publiés du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01, ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01). Le revenu sans invalidité se détermine en

---

général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé (RCC 1991 page 332 ).

En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, le recourant réalisait un salaire annuel de 52'000 fr. auprès de l'entreprise Y \_\_\_\_\_ en 2002, date de l'ouverture du droit à la rente (cf. questionnaire pour l'employeur du 4 février 2002, pièce 2, fourre 5 OCAI).

c) Pour chiffrer le revenu d'invalidé, on peut se référer, selon la jurisprudence, à ce que l'on appelle des tableaux de salaires. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; VSI 2000 p. 85). En ce qui concerne les tableaux de salaires, les statistiques de l'OFAS, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe constituent une source d'information fiable. On se référera alors à la statistiques des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, VSI 1999 p. 182).

En l'espèce, l'on peut retenir sans arbitraire que le recourant pourrait travailler dans l'industrie manufacturière ainsi que l'a relevé le rapport du COPAI (ouvrier à l'usine, conditionnement léger, contrôle de produits finis, cf. rapport COPAI, p. 12). Les salaires mensuels auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (sans connaissances spéciales) dans ce secteur de service dans le secteur privé en 2000 étaient de 4'618 fr. par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 2000 p. 5, TA1, « Industrie manufacturière », niveau de qualification 4). Ce revenu doit être porté à 4'674 fr. (4'618 fr. : 40 x 41,8), soit 57'910 fr. par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2000 était de 41,8 heures (La Vie Economique 11/2004 p. 86, tableau B 9.2). Réactualisé pour 2002, ce revenu était de 60'312 fr. (cf. indices des salaires nominaux, tableau T1A. 39).

La capacité de travail du recourant étant réduite de 40 %, le revenu annuel à prendre en considération s'élève à 36'187 fr.

d) Quant à la déduction de 15 % effectuée par l'OCAI, elle n'apparaît pas arbitraire au vu des limitations présentées par le recourant, ce qui porte le revenu annuel exigible à 30'759 fr. On rappellera à ce propos que, pour les barèmes, on doit tenir compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères, sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salariés totalement productifs et pouvant être employés pour le même travail. Aussi, le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, on peut dans de tels cas, réduire de 10 à 25 % le salaire indiqué dans le tableau (VSI 1998 p. 179, p. 296). La

déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Dans ce contexte, il s'agit aussi de prendre en considération le fait que les étrangers ne gagnent pas toujours le même salaire que la moyenne de tous les travailleurs étrangers et suisses (VSI 2000 p. 85).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral des assurances sociales (TFA) a rappelé que la réduction du montant des salaires ressortant des statistiques - en vue de fixer le gain d'invalidité en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - doit tenir compte de certains empêchements propres à la personne de l'invalidité, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité et, le cas échéant, la catégorie d'autorisation de séjour, ainsi que le taux d'occupation (ATF 126 V 75; consid. 3b non publié de l'arrêt ATF 128 V 174, ATFA non publié du 5 juillet 2004 en la cause I 486/03). Dans un autre cas, le Tribunal fédéral des assurances a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

e) Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ce revenu avec le revenu sans invalidité est ainsi de **40,8 %** ( $52'000 \text{ fr.} - 30'759 \text{ fr.} \times 100 : 52'000 \text{ fr.}$ ). Ce taux ouvre le droit à un quart de rente dès le 3 décembre 2002, compte tenu de l'aggravation mise en évidence par le rapport COPAI. Ce n'est en effet qu'à partir de cette date que l'assuré présente une incapacité de travail de 60% dans une activité adaptée, étant rappelé que le médecin traitant considérait auparavant qu'il pouvait exercer une activité adaptée à plein temps (cf. rapport du docteur A\_\_\_\_\_ du 18 avril 2002) et que c'est le rapport COPAI qui a permis de mettre en évidence la réelle capacité résiduelle de travail du recourant ainsi que l'aggravation de son état de santé au cours du stage.

Pour tous ces motifs, le recours sera admis et la décision sur opposition de l'OCAI du 6 juillet 2004 annulée.

**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 du 3 septembre 2004 recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 6 juillet 2004.
4. Fixe le taux d'invalidité du recourant à 40,8%.
5. Met le recourant au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 3 décembre 2002.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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