

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1939/2004

ATAS/268/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

1^{ère} chambre

du 5 avril 2005

En la cause

Monsieur C _____, mais comparant par Me Pascal JUNOD, avocat en _____ recourant
l'Etude duquel il élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de _____ intimé
Lyon 97 à Genève

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C _____, ressortissant portugais né en 1953, est arrivé en Suisse en 1977, date à partir de laquelle il a exercé la profession de manœuvre pour divers employeurs. Dès le 1^{er} juillet 1996, il a été engagé par la société ISS SERVISYSTEM en tant qu'employé d'entretien.
2. Le 2 novembre 1999, le Dr A _____, radiologue, a procédé à une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée. Il a diagnostiqué un canal lombaire étroit, une hernie discale L4-L5, une protrusion discale L5-S1, une discarthrose L5-S1, des lésions dégénératives interapophysaires et à la hauteur des articulations sacro-iliaques ainsi qu'une calcification pariétale des artères iliaques primitives.
3. En raison de douleurs, l'assuré a été totalement empêché de travailler à certaines périodes dès le mois de mai 2000. Il a ainsi été en incapacité de travailler du 8 mai au 12 juin 2000, du 28 juillet au 9 août 2000, du 27 novembre au 10 décembre 2000, du 4 février au 29 avril 2001, du 8 juin au 29 juillet 2001, puis dès le 7 septembre 2001.
4. Dans un rapport du 13 septembre 2000, les Dresses B _____ et D _____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie de l'Hôpital cantonal, ont diagnostiqué des lombosciatalgies droites chroniques chez un patient connu pour un canal lombaire étroit et une discopathie pluriétagée, ainsi qu'une hypercholestérolémie et de la goutte. Un bilan radiologique effectué en 1998 montrait des troubles dégénératifs multiétagés, prédominant en L5-S1 avec une arthrose postérieure. Le CT-scan du 2 novembre 1999 avait mis en évidence un canal lombaire étroit avec une hernie discale. L'examen était rassurant et il n'y avait pas de signes irritatifs ou déficitaires des membres inférieurs.
5. Le 22 juin 2001, suite à un examen électroneuromyographique, le Dr E _____, neurologue, a conclu à l'absence de signe lésionnel dans les territoires radiculaires L3-S1 au membre inférieur droit. Il existait une bonne corrélation entre les plaintes du patient et l'hernie calcifiée L5-S1 cependant non déficitaire sur les plans clinique et électrophysiologique. Dans cette situation, le traitement devait en principe rester conservateur, à moins que les douleurs deviennent telles qu'une intervention puisse être envisagée.
6. Le 22 juillet 2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession en raison de maux de dos et aux jambes. L'atteinte existait depuis 7 ans.

7. Dans un certificat du 6 février 2003, le Dr F _____, médecin traitant de l'assuré depuis le mois de mars 2000, a diagnostiqué des lombosciatalgies droites chroniques, un canal lombaire étroit ainsi qu'une discopathie pluriétagée depuis plus de 10 ans. Les diagnostics de lithiase rénale droite, de HTA traitée, d'hypercholestérolémie traitée et de goutte ont été mentionnés, mais il était précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis le mois de mars 2000, le patient ne pouvait plus exercer sa profession sans prendre de médicaments pour calmer ses douleurs. Un scanner lombaire effectué en mars 2000 avait montré une hernie discale L4-L5 et L5-S1 partiellement calcifiée à droite ainsi que des lésions interapophysaires de l'articulation sacro-iliaque. Le reste du status était non contributif sur ce plan. Les douleurs ne répondant plus aux médicaments et à la physiothérapie, le patient était en incapacité totale de travailler depuis le 7 septembre 2001. Il semblait peu probable qu'une intervention chirurgicale puisse apporter une quelconque amélioration de la symptomatologie clinique. Il était hautement improbable que le patient puisse reprendre une activité professionnelle dans l'un des métiers exercés par le passé. Par contre, un placement pour une éventuelle réorientation professionnelle dans un but plutôt occupationnel pourrait être envisagé.
8. Le 14 mars 2003, le Dr G _____, médecin-conseil de l'OCAI, a proposé d'évaluer si un travail mieux adapté permettrait de retrouver une capacité de travail de 75 %, compte tenu du fait que certaines positions pouvaient ne pas être supportées de manière prolongée.
9. Le 14 août 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de prendre en charge un stage d'observation professionnelle du type OSER au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) pour une durée de trois mois. Ce stage aurait pour but de déterminer quelles étaient les professions susceptibles de convenir aux limitations de l'assuré ainsi que de lui permettre éventuellement de commencer concrètement une réadaptation professionnelle.
10. Selon le rapport OSER du 21 janvier 2004, l'évaluation des capacités professionnelles concluait à la possibilité théorique de réadapter l'assuré avec un rendement de 60 % à 80 % sur un plein temps dans le circuit économique normal. L'activité devait être pratique, simple et légère, lui permettant l'alternance des positions, sans port de charges et évitant les positions statiques, ainsi que celles penchées. L'assuré était peu clair au niveau de son projet de vie et semblait attendre la décision de l'assurance-invalidité. Toute sa famille vivait au Portugal et il était à craindre, dans ce contexte flou, que les mesures de réadaptation ne soient que théoriques et que la situation s'enlise. L'assuré était centré sur ses problèmes, sans idées de reclassement et réservé. Une prolongation de cette mesure de trois mois supplémentaires, tout d'abord à l'APAIL (atelier de préparation à des activités industrielles légères) puis à un stage ESPACE (avec placements en entreprise) était proposée.

11. Le 20 avril 2004, le CIP a rendu un rapport APAIL sur la période du 22 décembre 2003 au 28 mars 2004. Au terme de la prolongation, la conclusion restait théorique, car l'assuré était plaintif, pessimiste, démonstratif et centré sur sa problématique de santé. Son intégration linguistique et son bagage scolaire étaient faibles, il avait 50 ans et les postes d'ouvrier d'usine, de servant de machine ou d'employé au conditionnement étaient peu accessibles avec le profil qu'il présentait vu le marché du travail actuel pour ce type de tâches. Durant le stage, l'assuré indiquait souffrir de problèmes cardiaques, qui l'empêcheraient de travailler dans le circuit économique normal. Cela a toutefois été formellement démenti par le Dr ZIAD, cardiologue. Compte tenu des éléments du stage et notamment du fait qu'il avait démontré un rendement nettement amélioré après avoir été averti ou lorsqu'il était mis en compétition avec un autre stagiaire, la mise en valeur durable d'un rendement de 75 % sur un plein temps pouvait raisonnablement lui être demandée.
12. Dans un rapport du 27 avril 2004, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 29 % en effectuant une évaluation théorique.
13. Par décision du 10 mai 2004, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré. En dépit de son atteinte à la santé, « une activité à 75 % dans une activité adaptée » était raisonnablement exigible, ce qui avait été confirmé par les rapports suite aux stages OSER et APAIL. Le calcul théorique de comparaison des revenus concluait à une invalidité de 29 %, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.
14. Par courrier du 10 juin 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision et a conclu à ce qu'une contre-expertise soit ordonnée. Les conclusions du rapport APAIL étaient contestées, l'assuré ayant commencé à souffrir de la position assise dès la deuxième semaine déjà. Les responsables avaient remarqué ses difficultés dans l'accomplissement du travail, ce qui ressortait du rapport. Les conclusions contredisaient les observations faites durant le stage. Par ailleurs, les douleurs ressenties par l'assuré, bien que subjectives, devaient être prises en compte afin de déterminer la capacité résiduelle de travail. Les conclusions du stage APAIL étaient en contradiction avec celles du Dr F _____, qui devaient également entrer en considération. Enfin, l'assuré avait été mis en arrêt de travail à maintes reprises durant le stage, compte tenu des douleurs engendrées par la longueur des journées de travail qui lui étaient imposées.
15. Par décision du 16 août 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. Il appartenait au stage d'observation professionnelle, dans le cadre de l'examen pratique, de déterminer la capacité résiduelle de l'assuré dans les métiers adaptés. Le stage effectué au CIP avait valeur d'expertise professionnelle, s'agissant d'un examen en situation concrète sur une relativement longue période et sous la conduite de maîtres de stage confirmés. Le fait de retenir une capacité résiduelle de travail de 75 % dans un poste adapté en position assise et debout n'était absolument pas contradictoire. Par ailleurs, le fait que le médecin traitant de

l'assuré lui ait fourni un certificat médical justifiant plusieurs jours d'arrêt de travail n'infirmerait pas les conclusions telles qu'elles figuraient dans le rapport APAIL. Enfin, les douleurs de l'assuré ne pouvaient être prises en compte en tant que telles, les plaintes subjectives n'étant pas suffisantes pour justifier une invalidité.

16. Par acte du 16 septembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à son annulation et à ce qu'une contre-expertise soit ordonnée.

A l'appui de ses écritures était joint un certificat médical du Dr F _____ du 15 septembre 2004 indiquant que le patient souffrait des mêmes symptômes douloureux qu'en 2000 et qu'à aucun moment une amélioration n'avait pu être constatée. Le médecin traitant connaissait ce patient depuis 5 ans et il ne semblait pas que cette situation clinique lui permette d'avoir une capacité résiduelle suffisante pour exercer une activité professionnelle plutôt qu'occupationnelle.

Selon l'assuré, compte tenu de ses observations et des conclusions tirées à l'issue du stage, l'APAIL avait manifestement commis un arbitraire dans l'appréciation des faits de la cause. En préconisant qu'il devrait principalement travailler en position assise, les maîtres d'atelier contredisaient les constatations faites, cela d'autant plus qu'ils constataient dans le même temps qu'il ne pouvait rester en position assise durant plus de deux heures. Il était notoire que les maux dont il souffrait avaient pour conséquence de créer chez lui de fortes douleurs qui diminuaient fortement sa mobilité. Ces douleurs n'étaient pas subjectives, ainsi qu'en attestait le certificat du Dr F _____. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant ne lui permettait d'exercer qu'une activité occupationnelle, ce qui était incompatible avec un taux d'activité de 75 %. Par ailleurs, son état de santé ne pouvait que s'aggraver et les maladies ne pouvaient être supprimées par des interventions chirurgicales. Son attitude au cours du stage n'était pas due au manque de motivation, mais bien à son état de santé, qui avait provoqué plusieurs arrêts de travail. Enfin, les conclusions du stage étaient contradictoires avec celles du Dr F _____. En refusant d'ordonner une contre-expertise, l'OCAI avait rendu une décision arbitraire qui devait être annulée, dans la mesure où il aurait dû faire trancher la contradiction entre les avis médicaux « par un troisième office ».

17. Dans sa réponse du 15 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, les arguments avancés dans le recours étant substantiellement identiques à ceux développés en procédure d'opposition. Il a relevé que l'avis du médecin traitant était souvent divergent de celui des autres praticiens, ce qui ne justifiait pas en soi une contre-expertise. De plus, le certificat médical du Dr F _____ du 15 septembre 2004 ne faisait état d'aucune aggravation et ne mentionnait aucun diagnostic précis, raison pour laquelle ce certificat n'avait aucune valeur probante. Les extraits du rapport APAIL cités par le recourant n'avaient aucune valeur puisqu'ils reprenaient les passages faisant état de son attitude démonstrative, alors que l'OCAI s'était basé sur les conclusions du rapport pour prendre sa décision.

Enfin, la décision ne pouvait être considérée comme arbitraire ni contradictoire, puisqu'elle se fondait sur les conclusions figurant dans la synthèse du rapport APAIL.

18. Par courrier du 10 novembre 2004, le recourant a renoncé à répliquer, de sorte que la cause a été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

1. 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, 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. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 notamment (art. 56V al. 1 let. a LOJ).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (ci-après : LAI), l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente, si son invalidité atteint 60 % il aura droit à trois-quarts de rente et une rente entière lui sera accordée pour une invalidité de 70 % (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2004).

6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

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.

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec

l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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 sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

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

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe 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 consid. 1c et les références; VSI 2000 p. 154 consid. 2c).

Selon les chiffres 6006ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), on fait appel aux services de centres 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).

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 (ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01 ; ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'espèce, le recourant sollicite préalablement la mise en œuvre d'une « contre-expertise ». Cependant, sa situation médicale et professionnelle ayant fait l'objet d'investigations suffisantes, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas. En effet, l'OCAI a admis les troubles à la santé dont se prévalait le recourant et l'a mis au bénéfice d'une expertise professionnelle afin d'évaluer dans quelle mesure ces troubles influaient sur sa capacité de travail. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la conclusion subsidiaire du recourant dans la mesure où l'on ne saurait attendre de nouvelles investigations médicales de nouveaux éléments susceptibles de modifier un tant soit peu les résultats acquis.
8. Sur le fond, 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 de son médecin traitant. Pour le surplus, les conclusions du COPAI seraient contradictoires et devraient être écartées.

Il y a tout d'abord lieu de relever que, dans son rapport initial à l'attention de l'OCAI du 6 février 2003, le Dr F_____ se base principalement sur les douleurs alléguées par son patient pour justifier les arrêts de travail de celui-ci. Les seules constatations objectives se résument à une hernie discale L4-L5 et L5-S1 partiellement calcifiée à droite ainsi que des lésions interapophysaires de l'articulation sacro-iliaque. Ces lésions sont connues depuis plusieurs années et le reste du status n'est pas invalidant. Les douleurs ne sont pas justifiées par d'autres atteintes ou diagnostics précis. Selon ce médecin, une autre activité principalement en position assise pouvait être envisagée. Son rapport du 15 septembre 2004 sur lequel se base le recourant n'amène aucun élément nouveau ou complémentaire à cette première appréciation.

Les lombosciatalgies et le canal lombaire étroit ont également été diagnostiqués en septembre 2000 par les Dresses B_____ et D_____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie de l'Hôpital cantonal. Aucune conclusion n'a été posée sur la capacité de travail ou un pronostic, mais l'examen a été qualifié de rassurant.

Compte tenu de ces éléments médicaux, l'OCAI a mis le recourant au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle afin de déterminer sa capacité de travail.

On rappellera ici que les atteintes à la santé dont souffre l'assuré n'ont pas été mises en doute par l'OCAI. Il ressortait toutefois clairement des rapports médicaux fournis par l'assuré qu'il disposait encore d'une capacité de travail et qu'il y avait lieu de la fixer, raison pour laquelle une observation professionnelle s'imposait.

Quant aux rapports du Centre d'intégration professionnelle, force est de constater qu'ils reposent sur une mesure d'observation professionnelle du recourant qui a duré 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 (APAIL et 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 et ses capacités. Les responsables ont décrit en détail les activités et travaux qu'il était en mesure d'effectuer sur le plan physique, en prenant en compte ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Ils ont également mis en évidence les problèmes rencontrés par l'assuré. A l'issue de cette mesure d'observation, l'évaluation des capacités professionnelles concluait à la possibilité théorique de réadapter l'assuré dans le circuit économique normal avec un rendement de 60 % à 80 % sur un plein temps dans le circuit économique normal. L'activité devait être pratique, simple et légère, lui permettant l'alternance des positions, sans port de charges et évitant les positions statiques, ainsi que celles penchées.

Afin de confirmer cette évaluation, l'assuré a été envoyé en stage durant trois mois supplémentaires. Le rapport APAIL relève que la conclusion risquait de rester théorique, car l'assuré était plaintif, pessimiste, démonstratif et centré sur sa problématique de santé. Son intégration linguistique et son bagage scolaire étaient faibles et il était âgé de 50 ans. Toutefois, compte tenu des éléments du stage et notamment du fait qu'il avait démontré un rendement nettement amélioré après avoir été averti ou lorsqu'il était mis en compétition avec un autre stagiaire, la mise en valeur durable d'un rendement de 75 % sur un plein temps pouvait raisonnablement lui être demandée. Le rapport détaille chaque semaine du stage, ce qui laisse apparaître des rendements fluctuants en fonction de la motivation de l'assuré. Ces rendements pouvaient atteindre les 80 % durant certaines semaines.

Ainsi, les conséquences des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail ont été établies par le COPAI, dont le TFA a rappelé qu'il s'agit précisément d'une institution 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 (ATFA non publié du 20 septembre 2004 en la cause I 220/04, consid. 4.2 ; ATFA non publié du 24 octobre 2003 en la cause I 35/03).

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'administration ne pouvait s'en écarter.

Pour le surplus, et quoi qu'en dise le recourant, les conclusions du COPAI ne sont pas en totale contradiction avec celles de son médecin traitant, qui estime qu'une activité occupationnelle reste possible et qui indiquait en février 2003 qu'une activité en position assise sans port de charges restait envisageable. Ces limitations ont été pleinement prises en compte par le COPAI.

On rappellera par ailleurs que le marché du travail offre un large éventail d'activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services, parmi lesquelles figure un nombre significatif d'emplois qui ne requièrent aucun port de charges (voir par ex. le consid. 6 de l'arrêt B. du 17 août 2004, I 732/03). Quant aux activités retenues par le COPAI, elles ne sont déconseillées par aucun médecin.

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.

9. 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, son taux d'invalidité doit être déterminé en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus (Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI).

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).

L'introduction de la LPGA (et de l'art. 16 en particulier) n'a pas apporté de modification aux notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité, de méthode de comparaison des revenus telles qu'elles ont été développées par la jurisprudence sous l'empire de l'art. 28 al. 2 LAI (ATF 130 V 343; ATFA non publié du 28 décembre 2004 en la cause I 290/04)

Sont déterminantes pour procéder à une telle comparaison les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à une rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision litigieuse qui ont des conséquences sur le droit à cette prestation (ATF 129 V 222 consid. 4 ; 128 V 174 consid. 4a ; ATFA non publié du 24 janvier 2005 en la cause I 805/03).

En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 2002, soit une année après le début de l'incapacité de travail définitive de l'assuré.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci gagnerait en 2002 un salaire de 19 fr. 40 par heure, auquel s'ajoutent 8,33 % à titre de vacances. Si l'on tient compte d'un horaire maximal de 8,5 heures par jours réalisé 5 jours par semaine durant 48 semaines par an (les vacances n'étant pas rémunérées puisque comprises dans le salaire horaire), on parvient à un salaire annuel sans invalidité en 2002 de 42'873 fr., ce qui constitue une moyenne annuelle. Toutefois, en consultant le questionnaire rempli par son employeur concernant son revenu sur l'année 2000, on constate que celui-ci a perçu la somme

de 44'192 fr., chiffre qui sera dès lors retenu pour la comparaison, dans la mesure où il est plus favorable au recourant. Il ne sera pas actualisé, le salaire ne s'étant pas modifié entre 2000 et 2002 selon l'employeur.

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 2002, à savoir 4'800 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau TA3; n° 15-37, 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 (41,7 heures en 2002 ; La Vie économique, 11-2004, p. 86), ce montant doit être porté à 4'645 fr. ($5'004 \times 41,7 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 60'048 fr. Adapté à un rendement de 75 % tel qu'il a été retenu dans le cadre de la présente procédure, le salaire avec invalidité se monte à 45'036 fr. ($60'048 \times 0.75$).

La déduction à apporter à ce montant peut être fixée en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Ainsi, dans le cas d'une personne sans formation professionnelle, n'ayant pas exercé d'activité depuis plusieurs années et souffrant de diverses atteintes à la santé (important déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire, troubles du comportement, personnalité borderline, troubles du dos et de la hanche), un abattement de 10% a été retenu (ATFA non publié du 8 juillet 2003 I 9/03).

Dans un autre cas, notre Haute Cour 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).

Par ailleurs, un même abattement de 15% a été fixé dans le cas d'un ressortissant portugais d'un cinquantaine d'années subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003 I 225/03).

Enfin, 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 de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre des activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités proposé par cette catégorie, on doit convenir qu'un nombre significatif d'entre elles 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.

En l'espèce, la réduction de 30% du rendement est principalement due aux limitations physiques du recourant. Dans la mesure où celui-ci souffre de limitations complémentaires importantes, supérieures aux cas de jurisprudence cités, il y aura lieu de tenir compte dans le cas d'espèce d'un abattement supplémentaire de 20 % dû à l'âge et aux possibilités d'adaptation et d'apprentissage relevées dans le cadre de l'observation professionnelle (faible intégration linguistique, absence de formation, difficulté à exécuter un travail de précision, faible capacité d'abstraction, plusieurs années d'inactivité) de sorte qu'il en résulte un revenu d'invalidé de 36'028 fr. (45'036 x 0.8).

Si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($[44'192 - 36'028] / 44'192 \times 100$), on obtient un degré d'invalidité de 18,5%. Ce taux n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

10. Le recours doit donc être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière :

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

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 le