RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/133/2004 **ATAS/875/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 5 octobre 2004

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Me Pierre GABUS en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente
Mmes Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en juin 1965, de nationalité portugaise, marié et père de deux enfants, a travaillé à plein temps, soit 9 heures par jour, 5 jours par semaine, en tant que manœuvre auprès de l'entreprise X_____ SA dès le 6 mai 1986. A ce titre, son salaire annuel en 1998 s'élevait à 58'617 fr. (25 fr. 05 de l'heure x 180 h par mois x 13 mois).

2. Le 25 février 1998, il a été en incapacité de travailler à 100 % en raison d'une lombosciatalgie droite, les vertèbres lombaires droites L4-L5 étant en contact avec la racine L4. Il a été pris en charge par son médecin traitant, le docteur L_____, lequel l'a adressé au docteur M_____ afin que celui-ci effectue une tomodensitométrie axiale computérisée de la colonne lombaire et sacrée. Le 17 mars 1998, ce praticien a diagnostiqué un canal lombaire relativement étroit, une hernie discale foraminale droite en L4-L5, une discrète protusion discale en L5-S1, une ébauche de spondylolyse en L5 à droite et un phénomène de vide dans les articulations sacro-iliaques évoquant une discrète lésion dégénérative.

3. Le 7 mai 1998, sur requête du médecin traitant, le docteur N_____, de la consultation ambulatoire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) a examiné l'assuré afin de déterminer s'il pouvait participer au programme « objectif dos ». Après avoir répondu par la négative, ce praticien a préconisé une prise en charge dans le cadre d'un traitement conservateur du dos (Ecole du dos, physiothérapie etc.), le patient n'étant pas prêt pour un programme général de reconditionnement actif.

4. Le 24 novembre 1998, le docteur O_____ du service de neurochirurgie des HUG a examiné l'assuré et conclu que ce dernier présentait un problème très difficile. Objectivement, ce praticien n'avait pas trouvé de déficit neurologique et doutait que le petit fragment de hernie discale soit responsable des douleurs importantes du dos et de la jambe. Il a relevé qu'une consultation auprès d'un rhumatologue était nécessaire.

5. Le 9 décembre 1998, le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine interne, a été mandaté par LA GENEVOISE, l'assureur maladie collective de l'employeur. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire net récusé par les neurochirurgiens malgré une hernie foraminale droite L4-L5, évoluant depuis onze mois avec incapacité fonctionnelle complète. Il a relevé que l'incapacité de travail lui paraissait justifiée et que le patient ne pouvait pas reprendre son activité antérieure en l'état actuel, cela pour une durée impossible à déterminer. Il avait contacté le docteur N_____ afin que ce dernier puisse revoir l'assuré et que son problème soit réévalué. A son avis, l'évolution risquait de se faire vers un syndrome douloureux chronique. Le praticien a souligné que la poursuite de l'activité de manœuvre de chantier lui paraissait très compromise. Bien

qu'affecté moralement par sa situation médicale, l'intéressé n'avait pas paru particulièrement déprimé et il n'y avait pas de désir de rente évident.

6. Le 16 mars 1999, le docteur N_____, après avoir revu l'assuré à trois reprises, a relevé un examen identique à celui du docteur P_____, avec un syndrome vertébral lombaire net, une diminution globale de la fonction rachidienne et un syndrome irritatif non déficitaire du membre inférieur droit. Les signes de non- organicité de WADDELL étaient positifs (4 sur 5). Il avait fait pratiquer en janvier 1999 un examen électroneuromyographique qui s'était révélé normal. Ce spécialiste a confirmé que l'assuré évoluait de façon évidente vers un syndrome douloureux chronique n'étant plus forcément en rapport avec la lésion organique de base. D'un point de vue conservateur, il n'y avait plus aucune solution à proposer et il doutait que la neurochirurgie soit la voie à suivre. Au niveau professionnel, une reprise de travail comme manœuvre de chantier était parfaitement illusoire.

7. Le 19 avril 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente.

8. Le 21 octobre 1999, le docteur L_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a décrit l'état de santé de l'assuré comme stationnaire. Il a diagnostiqué une lombosciatalgie droite sur hernie discale L4-L5 sans syndrome radiculaire net ainsi qu'un syndrome douloureux chronique. La poursuite de l'activité de manœuvre sur un chantier lui paraissait impossible. Le patient était affecté moralement par sa situation médicale et il lui semblait particulièrement déprimé depuis quelques mois.

9. Le 13 mars 2000, dans un rapport intermédiaire, il a diagnostiqué une dépression réactionnelle. Le même jour, il a répondu au questionnaire concernant les capacités professionnelles de l'assuré dans lequel il a relevé que celui-ci ne pouvait maintenir une même position du corps pendant plus de trente minutes et devait alterner les positions assis ou debout, tout en évitant les positions à genoux et accroupie ainsi que l'inclinaison du buste. Il ne devait pas se baisser fréquemment ni lever, porter ou déplacer des charges et éviter les mouvements répétitifs des membres ou du dos. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne. La capacité de travail dans sa précédente activité de maçon ainsi que dans toute autre activité adaptée était nulle en raison de la lombalgie.

10. Le 25 mai 2001, le médecin traitant a encore fait parvenir un rapport intermédiaire dans lequel il posait les nouveaux diagnostics suivants : apparition d'acouphénies depuis le mois de janvier 2001 perturbant énormément l'assuré dans sa vie quotidienne ainsi que dans sa capacité de travail, rachialgies diffuses depuis le mois de décembre 2000 et apparition de cervicalgies avec céphalées cervico-occipitales. L'état de santé demeurait stationnaire.

11. Le 14 décembre 2001, le docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie mandaté par l'OCAI, a rendu un rapport d'expertise. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies droites chroniques sans évidence d'atteinte radiculaire. Après avoir effectué une anamnèse professionnelle et sociale de l'assuré et décrit l'évolution de la maladie, les résultats des thérapies et les plaintes subjectives du patient, il a relevé que le pronostic des douleurs chroniques était très sombre et qu'à l'examen clinique, toute tentative de mobilisation se soldait immanquablement par des douleurs, l'assuré étant incapable de rester assis plus d'un quart d'heure sans devoir se lever et bouger pour soulager ses douleurs. Il était totalement incapable de travailler en tant que manœuvre dans le bâtiment et il lui semblait incapable de pratiquer une autre activité professionnelle dans la mesure où il ne pouvait pas maintenir une position statique, assise ou debout, plus d'un quart d'heure environ et qu'il présentait, de surcroît, un trop faible degré de scolarité pour acquérir une nouvelle formation professionnelle dans un métier plus intellectuel que physique. Au plan psychique et mental, l'expert a relevé qu'il ne lui semblait pas évident que le patient soit réellement dépressif et que, à son avis, il n'existait pas d'éléments laissant présager la présence d'une trouble psychique d'une certaine gravité.

12. Le 5 avril 2002, invitées à se déterminer, les doctoresses R_____ et S_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) ont estimé que l'expertise du docteur Q_____ était inutilisable car tous les signes de WADDELL étaient mis en évidence, ce qui faisait penser que l'assuré présentait une trouble somatoforme douloureux chronique. La présence de ces signes traduisait une mauvaise concordance entre les plaintes et les constatations cliniques objectives. L'expert, interrogé à ce sujet, pensait au contraire que la concordance était bonne. Selon les médecins du SMR Léman, s'agissant probablement d'un trouble somatoforme douloureux, il était nécessaire de déterminer si l'assuré présentait une maladie psychiatrique invalidante, raison pour laquelle un examen devait être organisé.

13. Le 2 septembre 2002, les docteurs R_____, spécialiste en médecine interne, T_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et U_____, psychiatre, ont rédigé un rapport d'expertise pluridisciplinaire SMR Léman après avoir examiné l'assuré en date du 28 août 2002. Ils ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens mineurs, d'obésité ainsi que d'intolérance au glucose anamnestique. Ils ont relevé qu'il existait des discordances majeures entre les plaintes extrêmement « tapageuses » présentées par l'assuré et les constatations objectives cliniques et radiologiques, les constatations cliniques étant par ailleurs parasitées par des signes majeurs de non-organicité. Ils ont également souligné qu'on ne pouvait ignorer les signes dégénératifs observés radiologiquement au niveau lombaire et que, pour cette raison, l'activité d'origine de l'assuré, en tant que maçon, n'était plus exigible. En revanche, une activité qui respecterait les

limitations fonctionnelles était possible à 100 % au plan bio-mécanique et exigible vu l'absence de comorbidité d'ordre psychologique. L'assuré ne présentait ni trouble anxieux ni trouble dépressif et il ne présentait pas de pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Ses troubles de l'attention et de la concentration, modérés, ainsi que sa fatigabilité étaient à mettre sur le compte d'insomnies causées par ses douleurs. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner les positions assis-debout au moins une fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas de travail sur ou avec des engins vibrants.

14. Du 25 novembre au 22 décembre 2002, l'assuré a effectué un stage d'observation au centre d'intégration professionnelle (ci-après le CIP) fonctionnant en tant que centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI). Dans leur rapport du 14 janvier 2003, les responsables du CIP ont conclu à une capacité résiduelle théorique de travail de l'assuré de 75% (75% de rendement sur un plein temps) dans un emploi léger et permettant les alternances des positions, dans le circuit économique normal, ce après une période d'adaptation à mi-temps. L'intéressé devait éviter les positions de travail penchées en avant et l'utilisation des outils vibrants, le port de charges était aussi limité (10 kilos). Les métiers retenus étaient opérateur sur machine, ouvrier à l'établi dans les travaux sériels et ouvrier dans le conditionnement. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif et l'intéressé possédait les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique en entreprise. Les responsables ont toutefois relevé que les quatre semaines à l'atelier COPAI avaient mis en évidence une capacité résiduelle de travail difficilement exploitable dans le circuit ordinaire dans la mesure où l'assuré était persuadé qu'il ne pouvait plus travailler. Les chances d'une réadaptation étaient très faibles, ses capacités d'intégration sociale suite à sa démonstrativité n'étant pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. Appelé à se déterminer, le docteur V_____, médecin conseil du COPAI, a souligné dans son rapport du 8 février 2003 que l'appréciation resterait très vraisemblablement théorique car il apparaissait totalement irréaliste d'imaginer une reprise de travail dans un contexte psychologique aussi démonstratif.

15. Dans une note interne du 16 janvier 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé au calcul du taux d'invalidité de l'assuré par comparaison des revenus en tenant compte d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans une activité de l'industrie manufacturière. Elle n'a opéré aucune réduction supplémentaire compte tenu des limitations présentées par l'assuré et a fixé son taux d'invalidité à 28,5%.

16. Par deux décisions du 14 avril 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière ordinaire simple de l'assurance-invalidité d'un montant de 1'873 fr. (1'920 fr. dès le 1er janvier 2001) du 1er février 1999 au 30 novembre 2002 ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint de 562 fr. (576 fr. dès le 1er janvier 2001) et deux rentes ordinaires simples pour ses deux enfants de 749 fr. chacune (768 fr. dès le 1er janvier 2001). En se fondant tant sur les résultats du rapport COPAI que sur le dossier de l'assuré, il lui a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité dès le 30 novembre 2002, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré, après comparaison des revenus, s'élevait à 29%, ce qui était insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

17. Le 2 mai 2003, l'assuré a formé opposition à ces décisions par l'entremise de son conseil en concluant au maintien de l'octroi de la rente entière au-delà du 30 novembre 2002 et à l'annulation des décisions litigieuses. Il a sollicité la possibilité de consulter l'ensemble de son dossier afin de motiver son opposition.

18. Le 2 juin 2003, l'intéressé a complété son opposition en soulignant qu'il était toujours en incapacité de travail à 100%, aussi bien dans sa précédente activité que dans toute autre profession. Il a relevé que l'expertise du docteur Q_____ était arrivé à la même conclusion et que c'était en vain que le SMR Léman tentait de remettre en doute sa validité. Cette expertise répondait aux exigences posées par la jurisprudence. Au contraire, celle du SMR Léman parvenait à des conclusions contradictoires, dans la mesure où ses auteurs relevaient qu'il pouvait travailler à 100%, mais avec de telles limitations qu'il était difficile d'envisager quelle pourrait être cette activité. Par ailleurs, l'intéressé a souligné que l'expertise du SMR Léman n'était pas digne de foi car le rapport du même organisme du 5 avril 2002 contenait déjà les éléments attendus du futur rapport et que les deux documents étaient signés du même médecin, soit la doctoresse R_____. Dans une argumentation complémentaire, l'assuré a encore précisé que, dans son calcul du degré d'invalidité, l'OCAI n'avait pas effectué la pondération du revenu hypothétique qu'il pourrait réaliser, cette pondération s'élevant à 25% selon la jurisprudence et dans son cas, dans la mesure où elle visait à compenser les difficultés rencontrées par un invalide pour trouver un emploi dans le circuit économique normal. L'assuré a conclu à l'annulation des décisions litigieuses et à l'octroi d'une rente entière de durée indéterminée dès le 1er février 1999.

19. Le 28 juillet 2003, le docteur T_____ du SMR Léman, appelé par l'OCAI à se déterminer sur l'argumentation de l'opposant concernant l'expertise rendue, a vivement contesté la remise en cause de sa validité. Il a reconnu qu'il était malencontreux et inapproprié que la doctoresse R_____ ait qualifié le rapport d'expertise du docteur Q_____ d'inutilisable, mais a maintenu qu'il n'était pas cohérent de la part de cet expert d'attester de la présence de signes de non-organicité et de ne pas en tenir compte pour l'évaluation globale de la situation. La présence de ces signes démontrait que des facteurs autres que bio-mécaniques

contribuaient à la pérennisation des troubles subjectifs et qu'une évaluation objective de la situation devait se baser plutôt sur une analyse stricte des données exclusivement objectives que sur une valorisation prioritaire des plaintes subjectives. C'est à cette évaluation objective que le SMR Léman avait procédé.

20. Par décision sur opposition du 9 décembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, confirmé le taux d'invalidité de 29% au-delà du 30 novembre 2002 et maintenu ses décisions du 14 avril 2003. Il a expliqué que le rapport du SMR Léman présentait une force probante supérieure à celle effectuée par le docteur Q_____ dans la mesure où ce dernier ne justifiait aucunement ses conclusions quant à la capacité totalement nulle de l'assuré dans une autre activité. Son appréciation du cas était clairement en contradiction avec les données objectives relevées par lui-même, ce qui n'était pas le cas de l'examen du SMR Léman. L'OCAI a également relevé que le rapport COPAI était clair et rappelé qu'il avait retenu une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 75% en soulignant que l'appréciation restait théorique à cause des éléments subjectifs inhérents à la personne de l'assuré (manque de motivation, démonstrativité) l'empêchant de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. L'estimation du rapport COPAI était proche de celle mise en évidence par les médecins du SMR Léman. En outre, l'OCAI a précisé que la déduction maximale de 25% prévue par la jurisprudence n'était pas systématique et qu'en l'espèce, il avait déjà été tenu compte d'un rendement nettement diminué retenant ainsi les limitations fonctionnelles rencontrées par l'assuré, raison pour laquelle il ne se justifiait pas de procéder à une réduction supplémentaire.

21. Par écriture du 22 janvier 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à ce qu'il soit ordonné l'audition des docteurs L_____, Q_____ et R_____ et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité d'une durée indéterminée depuis le 1er février 1999. Il a expliqué que selon la jurisprudence il y avait lieu de tenir compte dans la fixation du revenu hypothétique qu'il pourrait réaliser, d'une pondération. Il a en outre relevé que l'expertise du docteur Q_____ répondait aux critères de la jurisprudence. Les deux expertises en cause, soit celle du docteur Q_____ et celle des médecins du SMR Léman ne divergeaient en réalité que sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail, mais non sur les constatations objectives, lesquelles étaient identiques. Les limitations fonctionnelles indiquées dans le rapport du SMR Léman n'étaient pas de nature à préconiser une pleine capacité de travail. L'assuré a précisé qu'il contestait entièrement l'expertise du SMR Léman, non seulement en raison des conclusions, mais surtout en raison de la prévention dont avait fait preuve la doctoresse R_____ dans la procédure de mandat d'expertise. Celle-ci avait en effet mis en doute la validité de l'expertise du docteur Q_____ uniquement parce que ce dernier était parvenu à la conclusion que l'assuré était en totale incapacité de travail. Elle avait déjà précisé dans sa note du 5 avril 2002 les éléments de

l'expertise du docteur Q_____ qu'il convenait de critiquer et c'était dès lors très logiquement que, sur la base des mêmes constatations, elle avait abouti à un résultat divergent, tel qu'elle l'avait elle-même annoncé. Par ailleurs, l'expertise du SMR Léman n'était pas du tout pluridisciplinaire puisque le psychiatre s'était contenté d'indiquer brièvement qu'aucune atteinte psychiatrique n'était présente. Pour tous ces motifs, l'expertise du SMR Léman ne possédait pas de valeur probante.

22. Par préavis du 10 février 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée en se rapportant aux motifs déjà développés dans cette dernière.

23. Par réplique du 23 mars 2004, le recourant a persisté intégralement dans les termes de son recours en relevant que l'OCAI, en ne répondant pas aux arguments développés et en se contentant de renvoyer à la décision sur opposition, ne motivait pas sa décision. Dans cette mesure, elle ne s'opposait pas à ses conclusions, raison pour laquelle ces dernières devaient être admises.

24. Par duplique du 30 mars 2004, l'OCAI a souligné qu'il s'était déjà exprimé au sujet de la valeur probante de l'expertise effectuée par le SMR Léman et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'étendre à nouveau sur ce point. Concernant l'évaluation de l'invalidité du recourant, il a précisé que la déduction de 25 % préconisée par la jurisprudence était une déduction globale maximale qui n'était pas systématique et que, dans le cas particulier, elle ne se justifiait pas. En effet, l'assuré était un assuré encore jeune, au bénéfice d'un permis C, résidant en Suisse depuis de nombreuses années et dont les limitations fonctionnelles avaient été dûment prises en considération dans le cadre de l'évaluation de son rendement. Pour le surplus, l'OCAI renvoyait à l'argumentation déjà développée dans sa décision sur opposition.

25. Par courrier du 1er septembre 2004, l'assuré a souhaité connaître l'état de l'instruction du dossier, notamment en ce qui concernait l'audition des différents médecins demandée à titre préalable.

26. 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 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

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. c LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 1er janvier 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 22 janvier 2004, la décision sur opposition lui ayant été notifiée le 10 décembre 2003. 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'expertise pluridisciplinaire réalisée par le SMR léman en date du 28 août 2002 ainsi que le rapport COPAI du CIP du 14 janvier 2003, 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 L_____, Q_____ et R_____.

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'oeil 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 du 28 août 2002 effectué par le 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 apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er 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, à l'appui de ses conclusions, l'office intimé fait valoir que tant l'expertise réalisée par le SMR Léman que le rapport COPAI, satisfont pleinement aux exigences requises par la jurisprudence et que l'expertise effectuée par le docteur Q_____ possède une valeur probante inférieure à celle du SMR Léman dans la mesure où les conclusions de ce praticien sont contradictoires par rapport à ses constatations objectives. En revanche, le recourant est d'avis que ces documents se contredisent. Selon lui, l'expertise SMR Léman est non seulement contradictoire car allant à l'encontre d'autres opinions médicales, notamment celles des docteurs Q_____ et L_____, mais ne revêt en outre pas de valeur probante dans la mesure où la doctoresse R_____, qui a participé à sa rédaction, a démontré, par son attitude, une certaine prévention à son égard. L'assuré relève encore qu'il convient de se référer aux indications des docteurs Q_____ et L_____ afin de retenir une capacité résiduelle de travail nulle dans sa précédente activité comme dans toute autre activité.

Force est cependant de constater que ce point de vue ne saurait être suivi.

b. 1) En effet, il sied de relever en premier lieu que l'expertise SMR Léman revêt une valeur probante dans la mesure où elle répond aux critères jurisprudentiels susmentionnés. Les médecins du SMR Léman ont posé des diagnostics clairs dans le cadre d'une classification reconnue (lombalgies chroniques persistantes dans le

cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens mineurs, obésité et intolérance au glucose anamnestique, cf. rapport du 2 septembre 2002, p. 5) après avoir procédé à des examens complets, avoir pris connaissance du dossier radiologique de l'assuré (cf. p. 5) et avoir établi son anamnèse générale (cf. p. 1-2), son anamnèse par système (cf. p. 2-3) ainsi que son anamnèse psychosociale et psychiatrique (cf. p. 3). Par ailleurs, la description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires et bien motivées, les experts ayant décrit avec précision l'apparition et la persistance des douleurs chroniques, le fait qu'ils avaient observé des discordances majeures entre les plaintes et les constatations objectives cliniques et radiologiques et ayant tenu compte des signes dégénératifs observés radiologiquement. Ils ont en outre décrit avec précision quelles étaient les limitations fonctionnelles rencontrées par le recourant (cf. p. 6). Ses conclusions ne sauraient dès lors être remises en doute.

b. 2) En ce qui concerne par ailleurs la prétendue prévention de la doctoresse R_____ du SMR Léman, un expert passe pour prévenu , selon la jurisprudence, lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 s. consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 s. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans relève préalablement que le courrier du 5 avril 2002 sur lequel se fonde en partie le recourant pour émettre des doutes quant à l'impartialité de la doctoresse R_____ n'est pas uniquement de sa main, mais a également été signé par la doctoresse S_____. Cette dernière a dès lors aussi donné son avis en ce qui concerne le cas du recourant. Ensuite, le seul fait que ces praticiennes aient été amenées à émettre des doutes quant à la validité de l'expertise réalisée par le docteur Q_____ ne saurait fonder une base solide pour retenir une prévention de l'expert, dans la mesure où elles ont décrit avec minutie pour quelles raisons ce rapport devait être écarté. Elles ont expliqué en substance que les conclusions de l'expert ne correspondaient pas à ses constatations objectives et qu'il se justifiait dès lors de procéder à un examen pluridisciplinaire. Dénier à un médecin le droit de critiquer objectivement les conclusions d'un confrère reviendrait à censurer tous les autres avis médicaux allant dans un sens contraire. Le Tribunal de céans souligne par ailleurs que, loin d'émettre une simple critique dénuée de toute objectivité, les doctoresses R_____ et S_____ ont conseillé un nouvel examen médical dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, afin que plusieurs médecins spécialistes, dont un psychiatre,

puissent examiner l'assuré. Enfin, le grief de prévention est d'autant moins pertinent que, si la doctoresse R_____ avait été prévenue, elle aurait à tout le moins tenté de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dont elle supputait l'existence dans le rapport final, ce qu'elle n'a pas fait après avoir procédé à l'expertise, ce qui démontre bien qu'elle a procédé à un examen médical objectif du recourant. Au vu de ces éléments, c'est à tort que l'assuré accuse la doctoresse R_____ de prévention.

b. 3) Quant à la valeur probante de l'expertise du docteur Q_____, force est de reconnaître que les conclusions de ce dernier prennent en compte des facteurs n'ayant pas valeur d'invalidité afin d'expliquer l'impossibilité de travailler du recourant dans une autre activité adaptée. Il a en effet relevé que l'assuré semblait incapable de pratiquer une activité professionnelle dans la mesure où il ne pouvait maintenir une position statique, qu'elle soit assise ou debout, plus d'un quart d'heure environ et que, de surcroît, il présentait une trop faible degré de scolarité pour acquérir une nouvelle formation professionnelle (cf. expertise du 14 décembre 2001, p. 5). Ce dernier point n'est pas un facteur ayant valeur d'invalidité. En ce qui concerne le premier point, le Tribunal de céans souligne que le médecin a précisé que le patient « semblait incapable de pratiquer une autre activité » et qu'il a dès lors émis des doutes quant à la possibilité de retrouver un travail adapté à sa situation et non quant à la reprise du travail en soi. Dans ce sens, sa conclusion n'est pas différente de celles des autres médecins amenés à se déterminer sur le cas du recourant.

b.4) Quant au rapport COPAI, il repose sur une observation du recourant en situation concrète et sur un avis médical, celui du docteur V_____, médecin-conseil du COPAI. Les responsables du CIP ont tenu compte des limitations et du handicap présenté par l'assuré en décrivant avec précision ses troubles physiques (cf, rapport COPAI du 14 janvier 2003). Ils ont énuméré avec précision les limitations organiques, soit le besoin d'alterner les positions assis-debout, le port de charge limité et le fait que l'assuré ne pouvait pas travailler penché en avant ni avec des outils vibrants. Ces constatations recoupent parfaitement les limitations décrites tant par le SMR Léman, que par le docteur Q_____ (cf. rapport du 14 décembre 2001) et le docteur L_____ (cf. rapport du 13 mars 2000). Malgré ses nombreuses limitations, ils ont pu néanmoins constater un rendement de 75 % sur un plein temps dans une activité adaptée telle qu'opérateur sur machine, ouvrier à l'établi dans les travaux sériels ou ouvrier dans le conditionnement et ont estimé qu'une activité était exigible. Les conclusions du rapport COPAI sont par ailleurs tout à fait cohérentes par rapport aux observations des responsables du CIP. Il sied dès lors de constater que le rapport COPAI ne prête pas le flanc à la critique et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 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). 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, on ne voit pas pourquoi l'Office intimé aurait dû s'en écarter.

Le Tribunal de céans relève encore que le rapport COPAI et l'appréciation des médecins du SMR Léman vont d'ailleurs dans le même sens, leurs conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré n'étant que peu divergentes. Il n'y a au surplus pas de véritable contradiction avec l'avis émis par le docteur Q_____ dès lors que ce dernier s'est plutôt attaché à décrire les plaintes du recourant et que, dans ses conclusions, il a pris en compte des facteurs n'ayant pas valeur d'invalidité tel le trop faible degré de scolarité du recourant pour acquérir une nouvelle formation professionnelle (cf. expertise du 14 décembre 2001, p. 5).

Au vu de ces éléments, c'est donc à juste titre que l'OCAI a retenu une capacité résiduelle de travail de 75% (75% de rendement sur un plein temps) dans une activité adaptée au handicap.

b.5) En ce qui concerne la requête d'audition des médecins déposée par l'assuré, le Tribunal de céans constate que cette mesure n'est pas nécessaire au vu des explications développées ci-dessus. Il rappelle que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu 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, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 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).

5. 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 2/3 % au moins d'invalidité. 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 58'617 fr. auprès de l'entreprise X_____ SA en 1998 (cf. questionnaire pour l'employeur du 23 avril 1999). Réactualisé pour 1999, date de l'ouverture du droit à la rente, le revenu sans invalidité aurait ainsi été de 58'713 fr. (cf. indices des salaires nominaux, tableau T1A. 39).

c) Pour chiffrer le revenu d'invalide, 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 manifacturière ainsi que l'a relevé le rapport du COPAI. 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 1998 étaient de 4'462 fr. par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 1998 p. 5, TA1, « Industrie manufacturière », niveau de qualification 4). Ce revenu doit être porté à 4'674 fr. (4'462 fr. : 40 x 41,9), soit 56'087 fr. par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 1998 était de 41,9 heures (La Vie Economique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2). Réactualisé pour 1999, ce revenu était de 56'178 fr.

La capacité de travail du recourant étant réduite de 25%, le revenu annuel à prendre en considération s'élève à 42'133 fr. 50.

Quant à la déduction de 25%, il ressort en substance de l'argumentation de l'office intimée qu'il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 75% dans un emploi adapté et sur un marché équilibré du travail, et que les limitations physiques avaient déjà été prises en compte dans ce calcul si bien que la déduction maximale de 25% opérée sur le salaire statistique ne se justifiait pas.

d) Pour les barèmes, on tiendra néanmoins 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'invalide en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - doit tenir compte de certains empêchements propres à la personne de l'invalide, 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). Une telle réduction n'est pas destinée à la prise en compte de l'incapacité de travail ou d'une perte de

rendement dûment attestée par les médecins consultés (ATFA non publié du 5 juillet 2004 en la cause I 486/03). Or, les experts du COPAI ont attesté une possibilité de rendement de 75% dans une activité adaptée à l'invalidité. On ne saurait dès lors partager le point de vue de l'OCAI selon lequel cette appréciation tenait déjà compte des limitations propres à l'assuré si bien qu'il n'était plus nécessaire de procéder à une déduction conformément à la jurisprudence. La capacité résiduelle de travail de l'assuré de 75% tient compte uniquement de la baisse de rendement que celui-ci rencontrerait eu égard aux limitations fonctionnelles qu'il présente, mais non par rapport aux empêchements propres à sa personne, tel que l'âge, les années de service, sa nationalité ou sa catégorie d'autorisation de séjour. Il se justifie dès lors de procéder à une déduction qui peut être fixée en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans des cas similaires.

Ainsi, dans le cas d'une personne avec une formation professionnelle acquise en Suisse, au bénéfice d'un permis C et sans limitation due à l'âge, un abattement de 10% a été retenu en tenant compte du fait que l'atteinte à la santé imposait une alternance des positions assis-debout, lui interdisait le port de charges lourdes et limitait son taux d'occupation à 60% (ATFA non publié du 16 octobre 2003 en la cause I 665/02). 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).

Compte tenu de la situation du recourant (travail avec alternance des positions assise et debout au moins chaque demi-heure, limitation du port de charges, pas de travail en position penchée en avant et pas d'utilisation d'outils vibrants, empêchement d'effectuer des travaux lourds, absence de formation professionnelle), un abattement de 20% lié au handicap selon la jurisprudence apparaît justifié, ce qui porte le revenu annuel exigible à 33'707 fr.

Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ce revenu avec le revenu sans invalidité est ainsi de **42,6 %** (58'713 fr.– 33'707 fr. x 100 : 58'713 fr.). Ce taux ouvre le droit à un quart de rente dès le 30 novembre 2002, compte tenu de la date de l'expertise du SMR Léman.

Au vu de ces éléments, la première décision rendue par l'OCAI en date du 14 avril 2003 octroyant une rente entière à l'assuré du 1er février 1999 au 30 novembre 2002 sera confirmée et la seconde décision du même jour sera annulée. Il appartiendra à l'OCAI de rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le Tribunal de céans précise encore que le taux d'invalidité du recourant lui ouvre théoriquement le droit au reclassement. Le rapport COPAI ainsi que le docteur

V_____, médecin-conseil du COPAI, ont cependant expliqué que l'assuré était convaincu d'être totalement et définitivement invalide et qu'il paraissait irréaliste d'imaginer une reprise de travail. Dans cette mesure, les chances de succès d'une réadaptation doivent être considérées comme très faibles dès lors que l'assuré met en avant les multiples impossibilités à reprendre une activité professionnelle et a de la difficulté à adopter une attitude compatible avec un emploi salarié. Le reclassement n'est ainsi pas nécessaire, d'autant plus que l'assuré peut obtenir un poste de travail approprié sans formation supplémentaire dans le circuit économique normal.

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. L'admet partiellement.

3. Confirme la première décision de l'OCAI du 14 avril 2003 octroyant une rente entière à l'assuré du 1er février 1999 au 30 novembre 2002.

4. Annule la seconde décision de l'OCAI du 14 avril 2003.

5. Fixe le taux d'invalidité du recourant à 42,6 % dès le 30 novembre 2002.

6. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

7. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

8. 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