



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1384/2001

ATAS/229/2003

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 13 novembre 2003**

**3ème Chambre**

En la cause

**Monsieur S** \_\_\_\_\_  
Représenté par Me Maurizio LOCCIOLA  
Boulevard Helvétique 27  
Case postale 3055  
1211 GENEVE 3

Recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE**  
Case postale 425  
1211 GENEVE 13

Intimé

**Siégeant :** Mme Karine STECK, Présidente

Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI et M. Laurent VELIN, Juges  
assesseurs

**EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, originaire du Kosovo, a subi un accident de travail le 18 mai 1994, date à laquelle il a présenté une douleur cervicale brusque suite au port d'une lourde charge (40 kg). Il s'est retrouvé dans l'incapacité totale de travailler suite aux lombalgies et cervicalgies chroniques consécutives à l'accident (pièce 5 , 21 et 41 fourre 4 OCAI).
2. Le 10 janvier 1995, le docteur BÄR, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'accidents (CNA), a rendu un rapport médical. Il a relevé que des séquelles physiques de l'accident n'existaient plus et que, mis à part une légère et discrète protusion discale C5-C6 dorsomédiane, le résultat ne présentait aucune particularité, de sorte que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré la continuation du travail auprès de son employeur précédent, à condition qu'il ne soulève pas de charges de plus de 20 kilos (pièce 19, fourre 4 OCAI).
3. Après avoir repris le travail en janvier 1996 auprès de son précédent employeur, l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA, Monsieur S\_\_\_\_\_ a changé d'employeur fin mai 1996. Son dernier salaire auprès de X\_\_\_\_\_ SA s'élevait à CHF 1'375.-, compte tenu d'un arrêt de travail à 100 % dès le 10 mai 1996 et d'un salaire horaire de CHF 23,10 (pièce 3, fourre 5 OCAI).
4. De fin mai à fin août 1996, l'assuré a travaillé auprès de l'entreprise Y\_\_\_\_\_ SA, à raison de 8 heures 20 par jour, 5 jours par semaine, pour un salaire horaire de CHF 22,30 (pièce 2, fourre 5 OCAI).
5. Il a subi une rechute le 22 août 1996, date à laquelle il a effectué un séjour à la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après HUG). Les médecins ont diagnostiqué des cervicalgies et des lombalgies chroniques ainsi qu'une hernie discale L5-S1 (pièce 6, fourre 3 OCAI).
6. Le 6 février 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

- 
7. Le 7 mars 1997, le docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a effectué une expertise médicale à la demande de la caisse maladie de l'assuré. Il a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 gauche ainsi qu'une hernie discale L5-S1 gauche. Objectivement, il a relevé que le patient avait effectivement mal et qu'il était « inconfortable ». Il a expliqué qu'en l'absence de syndrome radiculaire objectivable, l'assuré ne présentait pas de symptomatologie suffisante pour ne pas pouvoir exercer du tout sa profession. Subjectivement, le médecin a souligné que les douleurs étaient importantes et contre-indiquées à tout exercice professionnel. En conclusion, sur la base des seules découvertes objectives, il ne pouvait conclure à une indemnisation totale à long terme chez l'assuré et, en l'absence d'éléments nouveaux survenus depuis l'accident, on pouvait conclure que la capacité de travail de l'accidenté était de 100% (pièce 69, fourre 4 OCAI).
  8. Le 8 juillet 1997, la doctoresse B\_\_\_\_\_, son médecin traitant, a rédigé un rapport dans lequel elle a notamment diagnostiqué des cervico-dorsalgies chroniques post-traumatiques, des cervico-brachialgies gauches chroniques sur hernie discale C6-C7 et post-traumatiques, des lombosciatalgies aiguës gauches à répétition sur hernie discale L5-S1, un canal cervical étroit avec probable conflit radiculaire ainsi qu'un état anxio-dépressif chronique post-traumatique. Elle a indiqué que l'assuré pouvait travailler dans une activité légère, sans port de charges lourdes, en alternant les positions assis-debout (pièce 10, fourre 3 OCAI).
  9. Dans un rapport intermédiaire du 18 novembre 1998, elle a encore indiqué que, malgré les souffrances, son patient suivait le traitement de façon régulière en se conformant aux prescriptions médicales. Puisqu'il était incapable de reprendre un métier lourd dans le bâtiment, il était souhaitable qu'il puisse effectuer un stage en vue d'un recyclage (pièce 11, fourre 3 OCAI).
  10. Le 30 mars 1999, l'OCAI a rendu un projet de décision refusant toutes prestations AI en indiquant que le degré d'invalidité de l'assuré avait été fixé à 30 % (pièce 1, fourre 1 OCAI).
-

- 
11. Le 11 mai 1999, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me LOCCIOLA, s'est opposé au projet de l'OCAI en invoquant les avis divergents des différents médecins appelés à se prononcer sur son invalidité (pièce 16, fourre 3 OCAI).
  12. Suite à cette opposition, l'OCAI a décidé de mandater le centre d'expertise médicale de Bâle (ci-après le MEDAS )(pièces 17 et 18, fourre 3 OCAI).
  13. Le 22 novembre 2000, ce dernier a rendu son rapport d'expertise, entièrement en allemand. Il concluait à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans un poste adapté (pièce 20, fourre 3 OCAI).
  14. Par décision du 18 juin 2001, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 32,10 % et a refusé toute prestation AI.
  15. Le 19 juillet 2001, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision. Tout en critiquant la fixation du taux d'invalidité, il a également requis la traduction du rapport d'expertise effectué par le MEDAS afin de pouvoir se déterminer sur celui-ci.
  16. Le 31 octobre 2001, l'OCAI a demandé la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la question de la traduction du rapport d'expertise, en tant qu'un recours au Tribunal fédéral était pendant à ce sujet dans une autre affaire. Il proposait d'ores et déjà le rejet du recours sur le fond.
  17. Le 10 avril 2002, compte tenu d'un arrêt du Tribunal fédéral intervenu en date du 27 février 2002 constatant le droit à la traduction d'une expertise médicale rédigée dans une autre langue que le français, l'OCAI a été invité à traduire l'expertise du MEDAS et, cela fait, à la transmettre au conseil de l'assuré.
  18. Le 16 juillet 2002, l'OCAI a transmis la traduction de l'expertise du MEDAS à l'avocat du recourant. Il en ressortait que l'assuré souffrait de cervico-brachialgie à gauche avec protusion discale C5-C6 et hernie discale C6-C7 sans carences radiculaires, d'un syndrome d'irritation lombo-radiculaire avec hernie discale L5-S1 à gauche sans carences radiculaires, de trouble somatoforme douloureux persistant, de perturbation dissociative mixte et qu'il connaissait un léger épisode dépressif avec soupçon d'une structure de personnalité
-

histrionique. Ces diagnostics principaux affectaient la capacité de travail de l'assuré, celui-ci ne pouvant plus effectuer d'activités physiques lourdes impliquant des charges pour le dos et n'étant plus en mesure de soulever de poids de plus de 15 kilos de façon répétitive. Il n'était plus en mesure de travailler dans une position contraignante en étant penché en avant ou en se penchant régulièrement en avant. Sa capacité de travail dans l'activité précédemment exercée, soit manœuvre, était inférieure à un tiers. On pouvait cependant raisonnablement exiger de l'assuré une activité légère à moyennement lourde à 80 %, qu'il pouvait assumer sans aucun risque pour sa santé physique ou psychique. La réduction de la capacité de travail de 20 % était due au léger épisode dépressif, à l'élargissement psychosomatique et à la superposition des symptômes somatiques. En ce qui concernait le comportement de l'assuré, celui-ci était apparu très « appellatif » et avait insisté sur le fait qu'en raison de ses fortes douleurs et de ses plaintes, il était à son avis incapable de travailler, même dans le cadre d'activités légères. Les experts estimaient que l'on pouvait raisonnablement exiger qu'il fasse un effort de volonté pour surpasser, au moins d'une façon partielle, son affection psychosomatique.

19. Le 2 décembre 2002, amené à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'assuré a allégué que son état avait empiré depuis la rédaction dudit rapport et a remis en annexe un rapport médical émanant de son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_. Il concluait à l'audition de ce médecin et sollicitait une expertise en vue de démontrer l'aggravation de son état de santé et ses conséquences sur sa capacité de travail. Subsidiairement, il concluait à l'octroi de mesures de réadaptation avec versement d'indemnités journalières et à son audition afin de pouvoir déterminer quelle activité il voudrait exercer. Le rapport de son médecin traitant du 17 novembre 2002 faisait état d'une aggravation progressive de la maladie au niveau du rachis lombaire, avec une recrudescence des douleurs au niveau du rachis et au niveau du membre supérieur et du membre inférieur gauche, avec apparition de faiblesse et des crises aiguës de cervico-brachialgies gauches et de lombosciatalgies gauches. Le médecin basait ses observations notamment sur une IRM de la colonne cervicale effectuée le 22 février 2001 ainsi que sur un scanner lombaire.

20. Dans son préavis du 18 février 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a souligné que la décision était intervenue le 18 juin 2001 et que seuls pouvaient être retenus les faits antérieurs à cette date dans le cadre de la procédure. En ce qui concernait la demande de mesures professionnelles, il a relevé que l'assuré avait toujours estimé ne pas être capable de travailler et que les experts de MEDAS avaient encore expliqué dans leur rapport qu'il avait de la peine à traiter et à réagir de façon appropriée face à ses symptômes et à des problèmes physiques relativement modestes. Les mesures de réadaptation seraient ainsi de toute manière vouées à l'échec, raison pour laquelle il se justifiait de n'en point octroyer.
  
21. Le 10 avril 2003, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Subsidiairement, il a derechef conclu à l'octroi de mesures de réadaptation tout en insistant sur le fait que l'aggravation de son état de santé ne signifiait pas qu'il n'avait pas la volonté de suivre des mesures de réadaptation.
  
22. Pour le surplus, les faits pertinents ainsi que les autres allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

## **EN DROIT**

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 .
2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

- 
4. Le présent litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et, conséquemment, sur la fixation de son taux d'invalidité. Il sera en outre examiné si ce dernier peut être mis au bénéfice de mesures de réadaptation.

## **5. De la capacité de travail du recourant**

**5.1** L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de

décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160).

A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (MOSIMANN,

---

---

Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154).

Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les

experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail – dans une activité exigible- d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise ; En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

**5.2** En l'espèce, le rapport d'expertise du MEDAS répond aux exigences de la jurisprudence, dans la mesure où les experts ont posé un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se sont prononcés sur la gravité de l'affection. Ils ont évalué le caractère exigible de la reprise du travail par l'assuré, en tenant compte des critères susmentionnés. A titre d'exemple, ils ont décrit la structure de la personnalité du recourant avec absence de traits prémorbides (« personnalité structurée de manière simple et peu différenciée, ayant de la peine à traiter et à réagir de façon appropriée face à des symptômes et à des problèmes physiques relativement modestes », cf. traduction rapport MEDAS p. 18), les affections corporelles chroniques et l'échec du traitement conformément aux règles de l'art (« A notre avis, compte tenu des tentatives répétées de recherche de thérapies, les possibilités thérapeutiques sont épuisées », cf. Rapport, p.17). Ces critères ont précisément amené les experts à fonder un pronostic défavorable quant à la reprise de travail de l'assuré à 100 %, raison pour laquelle ils ont expliqué que celle-ci était limitée à raison de 20 % dans une activité adaptée. Ils ont en outre souligné que les limitations physiques ne concordaient pas avec les plaintes, le recourant mettant en évidence les symptômes et ayant une fausse réaction à leur sujet ainsi qu'une superposition psychosomatique.

L'expertise du MEDAS ne saurait ainsi être remise en question dans la mesure où elle ne prête pas le flanc à la critique et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé. Une nouvelle expertise n'apparaît pas non plus nécessaire en l'espèce, ainsi que le réclame en vain le recourant.

L'assuré fait encore valoir que son état de santé s'est aggravé entre le moment où l'expertise a été réalisée (novembre 2000) et la décision de refus de prestations du 18 juin 2001. Force est cependant de reconnaître qu'il n'apporte aucun élément nouveau permettant de l'admettre. En effet, il a produit un courrier de son médecin traitant datant du 17 novembre 2002 faisant état d'une aggravation de son état de santé, les examens radiologiques du 22 février 2001 montrant une progression de la maladie au niveau du rachis lombaire. Plus avant, le médecin traitant a expliqué : « depuis plusieurs années, il y a une aggravation de l'état de santé de jour en jour avec une progression de la maladie. Il serait souhaitable de demander des expertises auprès d'un orthopédiste, d'un rhumatologue ainsi que d'un neurochirurgien » Le docteur B\_\_\_\_\_ a encore souligné : « il est évident qu'une reprise de travail dans le bâtiment aggraverait son état de façon certaine ». Manifestement, ce praticien n'a pas eu connaissance de l'expertise du MEDAS réalisée fin novembre 2000, puisque celle-ci a été effectuée par quatre médecins, dont le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste, le docteur D\_\_\_\_\_, orthopédiste, le docteur E\_\_\_\_\_, neurologue et le docteur F\_\_\_\_\_, médecin-psychiatre. Au surplus, le rapport ne mentionne pas la reprise du travail pour l'assuré dans le bâtiment, les experts ayant expressément indiqué que la capacité de travail du recourant dans ce domaine était inférieure à un tiers. C'est encore le lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence, les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

Au vu de ces éléments, le courrier du médecin traitant n'est pas de nature à ébranler les conclusions du rapport MEDAS, tout comme il n'apporte pas la

---

preuve d'une aggravation de l'état de santé du recourant, antérieure à la décision dont est litige.

C'est ainsi à juste titre que l'office intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité légère à moyennement lourde pour autant que le port de charge répétitif de plus de 15 kilos soit évité et qu'il ne soit pas nécessaire de se pencher en avant de manière régulière.

## **6. De la fixation du taux d'invalidité du recourant**

**6.1** L'article 28 alinéa 2, à mettre en parallèle avec l'article 4 LAI, prévoit que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

En ce qui concerne le calcul de l'invalidité lui-même, il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles.

Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (RCC 1991 p. 332 ; ATFA du 28 juin 2000).

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 ; Pratique VSI 2000 p. 85).

---

En ce qui concerne les tableaux de salaires, la référence aux seuls salaires minimaux fixés par l'UIG et la FTMH n'est pas pertinente, car elle ne tient pas suffisamment compte, notamment, du fait que les occupations compatibles avec le handicap ne sont pas limitées à un domaine particulier, les activités proposées par le COPAI englobant des postes aussi variés que ceux de monteur à l'établi, de contrôleur dans le domaine de la mécanique, de servant de machine et d'auxiliaire de cuir. (...) A cet égard, les statistiques de l'OFS, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe constituent une source d'information plus 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, Pratique VSI 1999 p. 182).

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 (Pratique 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 (Pratique VSI 2000 p. 85).

- 6.2** En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, le recourant pouvait réaliser en 1996, selon l'attestations de son précédent employeur X\_\_\_\_\_ SA, un gain annuel correspondant à CHF 51'051.- (13 x CHF 3'927.-). Réactualisé à 1997, ce salaire est de CHF 51'248,30.

Quant au salaire d'invalidé, le recourant conteste qu'il faille réactualiser le salaire annuel du tableau TA1 en 1996, estime encore qu'il n'y a pas lieu de

---

prendre en considération un horaire de 41,9 heures, la moyenne de travail à Genève étant de 40 heures et expose que, compte tenu des circonstances, un abattement de 30 % se justifie. Ces diverses allégations ne sont pas pertinentes au vu de la jurisprudence claire et incontestée du Tribunal fédéral déjà rappelée.

Dès lors, le salaire annuel auquel pouvait prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 1996 était de CHF 4'399.- par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 1996 p. 19, TA3, niveau de qualification 4). Il doit être porté à CHF 4'607,95 (soit CHF 4'399 : 40 x 41,9), soit CHF 55'295.- par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 1996 était de 41,9 heures (La Vie Economique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2). Ce salaire hypothétique doit encore être augmenté pour obtenir le niveau du même salaire en 1997, soit 55'508,70. La capacité de travail du recourant étant réduite de 20 %, et, compte tenu d'un abattement de 15 % lié au handicap selon la jurisprudence précitée, le revenu annuel exigible s'élève à CHF 36'080,65.

Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus est de **35 %** ( $[(CHF\ 55'508,70 - CHF\ 36'080,65) \times 100 : 55'508,70]$ ).

## **7. Du droit au reclassement**

**7.1** Aux termes de l'article 8 alinéa 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'article 8 alinéa 3 LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent :

- a. Des mesures médicales ;
- b. Des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) ;

- c. Des mesures pour la formation scolaire spéciale et en faveur des assurés impotents âgés de moins de 20 ans révolus ;
- d. L'octroi de moyens auxiliaires ;
- e. L'octroi d'indemnités journalières.

Est réputé invalide au sens de l'article 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté parce que l'atteinte à la santé est, par sa nature et sa gravité, telle que l'exercice total ou partiel de l'activité antérieure ne peut être exigée. Le degré d'invalidité doit atteindre un certain niveau, ce qui est le cas, selon la jurisprudence, lorsque la personne subit une perte de gain permanente ou durable liée à l'invalidité de 20 % environ sans formation professionnelle supplémentaire (VSI 1997 p. 80 consid. 1b ; RCC 1984 p. 95 ; VSI 1/2000 p. 27)

Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Selon la jurisprudence, il faut entendre par reclassement, en principe, la somme des mesures de réadaptation d'ordre professionnel qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité une possibilité de gain approximativement équivalente à celle d'auparavant. La notion d'« équivalence approximative » se rapporte en premier lieu non pas au niveau de formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 122 V 79). En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux mesures nécessaires appropriées au but de sa réadaptation, mais non aux meilleures mesures possibles dans les circonstances de son cas. Car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire, mais également suffisante dans le cas d'espèce (ATF 121 V 260 ; VSI 1/2000 p. 27).

La personne assurée qui a droit au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui s'impose dans son cas afin de pouvoir vraisemblablement sauvegarder sa capacité de gain ou l'améliorer de manière notable (VSI 1997 p. 85).

Le chiffre 4013 de la Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ci-après CMRP) précise encore que le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte.

**7.2** En l'espèce, le taux d'invalidité du recourant est de CHF 35 %, ce qui lui ouvre théoriquement le droit au reclassement, au vu de la jurisprudence susmentionnée. L'office intimé a toutefois fait valoir que les mesures de réadaptation seraient de toute manière vouées à l'échec vu l'attitude du recourant et sa façon de réagir face à ses symptômes et aux problèmes physiques relativement modestes dont il souffre.

S'il est vrai que l'assuré a tardé à demander l'octroi de mesures de réadaptation, ce droit ne saurait lui être dénié de ce seul fait. Ainsi qu'il le fait valoir à juste titre, le fait qu'il mentionne une aggravation de son affection ne signifie pas qu'il n'ait pas la volonté d'entreprendre de telles mesures. Sa demande du 2 décembre 2002 dans ce sens, réitérée en date du 10 avril 2003, tend à démontrer au contraire qu'il s'en préoccupe.

Cela étant, il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut admettre qu'il l'accepte, puisqu'il est en mesure d'effectuer de nombreuses tâches légères, simples et ne demandant pas de formation préalable. Un reclassement ne s'impose donc pas en l'espèce.

Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté.

---

\* \* \*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. Le rejette
3. 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 qu'elle 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 :

Janine BOFFI

La Présidente :

Karine STECK

La Secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe