RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1866/2004 **ATAS/291/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 23 mars 2006

En la cause

Monsieur B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître William DAYER	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant portugais né en 1960, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal. Il réside en Suisse depuis le 1er mars 1987. A partir du 23 mars 2003, il a travaillé comme manœuvre dans la maçonnerie pour le compte de l'entreprise X_____ SA (pces OCAI 2.1 et 5.1).

2. Le 2 septembre 1999, l'assuré a consulté le Dr A_____, chirurgien, en raison d'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur gauche avec paresthésies sur la plante du pied. Un CT-scan lombaire a montré une volumineuse hernie discale L5-S1.

3. Dans son rapport du 3 décembre 1999, le Dr A_____ a indiqué que les premiers symptômes étaient apparus une année auparavant et que le patient présentait un syndrome lombaire et radiculaire. Il a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 gauche, attesté d'une incapacité de travail entière dès le 2 septembre 1999 et prescrit un traitement conservateur (pces OCAI 3.2, 3.3 et 4.2).

4. Du 3 au 9 mars 2000, l'assuré a séjourné au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où les Drs B_____ et C_____ ont pratiqué une discectomie L5-S1 gauche (pce OCAI 3.2 et 3.3). Dans leur rapport du 6 avril 2000, ces médecins ont noté une nette diminution de la douleur sciatique, mais la persistance tant d'un engourdissement dans le dos du pied gauche que de douleurs lombaires avec un certain caractère mécanique (pce OCAI 3.4).

5. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) lombaire effectuée le 26 mai 2000 a montré des signes de surcharge au niveau du massif articulaire postérieur et de la région isthmique à gauche en L4-L5 avec tuméfaction du ligament jaune, une protrusion discale en L4-L5 avec un remaniement articulaire postérieur, une discopathie ainsi qu'une arthrose postérieure en L5-S1, un canal relativement étroit en L4-L5 et L5-S1 ainsi que l'absence de signe de récidive herniaire (pce OCAI 3.5).

6. Dans son rapport du 5 juin 2000, le Dr A_____ a fait état d'un status post-opératoire stationnaire caractérisé par un syndrome lombaire important (pce OCAI 4.6).

7. Le 11 mai 2000, l'assuré a consulté le Dr D_____, rhumatologue. Dans son rapport du 8 août 2000, ce spécialiste a mentionné un essai de reprise du travail le 10 juillet 2000 qui avait été arrêté tout de suite en raison d'une augmentation des lombalgies. Il a préconisé un recyclage professionnel ou une rente d'invalidité (pce OCAI 4.6).

8. Le 14 août 2000, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) une demande de prestations tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente (pce OCAI 2.1).

9. Le 30 août 2000, l'employeur a indiqué à l'OCAI que le salaire horaire de son employé, à raison de neuf heures par jour et de quarante-cinq heures par semaine, avait été de 23 fr. 30 de janvier à juin 1999, de 24 fr. 50 de juillet à décembre 1999 (soit un salaire AVS annuel de 34'155 fr. 15) et enfin de 25 fr. 10 en 2000 (pce OCAI 5.2).

10. Dans son rapport du 12 septembre 2000, le Dr D_____ a indiqué que, depuis l'intervention chirurgicale, la sciatique gauche était améliorée, mais que des lombalgies persistaient et empêchaient le patient de mener une vie normale. Étant donné que ce dernier restait à la maison et ne faisait rien, il estimait urgent de mettre en œuvre des mesures professionnelles. Dans son rapport annexe concernant les capacités professionnelles, le Dr D_____ a précisé que l'assuré pouvait conserver la position assise huit heures par jour, la position debout au maximum une heure d'affilée, alterner les positions assis/debout et assis/debout/marche, fonctionner intellectuellement normalement, parcourir au maximum un kilomètre à pied, utiliser ses membres supérieurs, lever, porter ou déplacer des charges de dix kilos au maximum, exercer un horaire de travail irrégulier, toutes les autres fonctions n'étant pas réalisables. Il a ajouté qu'il devait éviter le froid et qu'il pourrait travailler dans une autre profession que la sienne à raison de quatre à cinq heures par jour au début (soit une demi-journée) par exemple une activité de coursier ou de travail de bureau (pce OCAI 3.1).

11. Dans son nouveau rapport du 24 octobre 2002, le Dr D_____ a mentionné un état de santé stationnaire depuis son dernier rapport. Il a considéré qu'une reprise du travail, même dans une autre activité, n'était plus possible car il était trop tard pour envisager un recyclage (pce OCAI 3.9).

12. L'OCAI a soumis le dossier au Dr CLAIVAZ, médecin au service médical régional AI (SMR), qui, le 24 mars 2003, a estimé que même si l'assuré avait manifesté davantage de motivation deux ans auparavant, il n'y avait pas de raison pour ne pas tenter des mesures professionnelles dans un poste adapté. Selon lui, le taux prévisible de capacité de travail se situait entre 70 et 100% selon les contraintes (pce OCAI 3.10).

13. Le 20 mai 2003, l'assuré a eu un entretien avec la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Dans son rapport du 20 mai 2003, la psychologue de l'OCAI a indiqué que l'assuré invoquait diverses limitations d'une part physiques - une ancienne opération du ménisque gauche, des problèmes de rachis et des problèmes de respiration - d'autre part psychologiques - une respiration bloquée en raison de la panique. Elle a estimé qu'il convenait de mettre sur pied un stage COPAI afin d'éva-

luer la capacité résiduelle de travail (temps et rendement), voire d'envisager des mesures professionnelles suivant la motivation de l'assuré (pce OCAI 5.7 et 5.8).

14. L'assuré a suivi un stade d'observation professionnelle de type COPAI du 1er au 28 septembre 2003 au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP).

    Dans son rapport du 6 octobre 2003, le CIP a estimé ses capacités physiques compatibles avec un travail léger et pratique, sans port de charges, durant six heures par jour, avec un rendement de 70% dans le circuit économique normal, après une période d'adaptation. Il a précisé que l'assuré ne devait pas faire d'efforts physiques violents, qu'il devait alterner les positions, que le port ponctuel de charges était limité et qu'il manquait occasionnellement de maîtrise dans ses gestes. Quant à ses capacités d'adaptation et d'apprentissage, il les a jugées compatibles avec un emploi simple et pratique dans le circuit économique normal. Il a ajouté que l'assuré avait les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique en entreprise malgré sa faible intégration linguistique. S'agissant de la capacité d'intégration sociale de l'assuré, le CIP a également estimé qu'elle était compatible avec un emploi dans le circuit économique normal. Il a été relevé que l'assuré avait une "faible image de soi" ainsi que de l'avenir et aucun projet professionnel.

    Les maîtres de stage ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 52% dans des activités telles que chauffeur dans les livraisons légères, ouvrier à l'établi ou encore employé de station-service. Enfin, il a été indiqué que si l'assuré désirait reprendre une activité professionnelle, il avait les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique et simple en entreprise, mais qu'une aide au placement serait nécessaire (pce OCAI 5.11).

15. Dans son rapport du 7 octobre 2003, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil du COPAI, a mentionné que le patient était très inquiet et assez déprimé, car il était convaincu de ne plus avoir aucune possibilité d'activité vu la perte de sa force physique. Il a ajouté qu'il se plaignait de troubles fonctionnels ainsi que d'une dyspnée de type anxieux et qu'après une très longue période d'interruption de travail, le pronostic professionnel était désastreux. Il a relevé que le stage avait montré que l'assuré était théoriquement capable d'avoir une activité professionnelle avec un rendement moyen de l'ordre de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de changer de position, sans port de charges ni d'efforts physiques trop intenses. Il a indiqué que la mise en pratique de cette capacité de travail serait problématique étant donné que l'assuré était convaincu de ne plus être capable de travailler (pce OCAI 5.12).

16. Dans son rapport du 9 octobre 2003, le CIP a indiqué que la reprise d'une activité professionnelle nécessiterait une aide au placement et une période d'adaptation sous forme de mise au courant pratique simple en entreprise par exemple. Il a précisé

que l'assuré n'avait pas de projet professionnel et qu'il n'envisageait pas pour l'instant de participer à une mesure de réadaptation professionnelle (pce OCAI 5.13).

17. Le 3 novembre 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu qu'un rendement de 70% à raison de six heures par jour pouvait s'expliquer par l'atteinte lombaire mais que ces limitations représentaient un grand maximum. Elle a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité de chauffeur-livreur ou une activité dans l'industrie légère. En revanche, elle n'a pas retenu l'activité d'employé de station-service car celle-ci pouvait nécessiter le port de charges et des compétences intellectuelles qui n'étaient pas envisageables chez l'assuré. Elle a proposé d'allouer à l'assuré une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 57% et a liquidé le mandat de réadaptation puisque l'assuré n'envisageait pas pour l'instant de participer à une mesure de réadaptation (pce OCAI 5.18).

18. Dans son prononcé du 13 janvier 2004, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 57% dès le 2 septembre 2000 (pce OCAI 1.8).

19. Le 30 mars 2004, l'assuré a informé l'OCAI qu'il contestait l'octroi d'une rente de 57% étant donné que ses conditions de santé s'étaient dégradées de façon importante depuis sa demande (pce OCAI 1.9).

20. Par deux décisions du 13 avril 2004, l'OCAI a alloué à l'assuré une demi-rente assorties de rentes complémentaires pour son épouse et son enfant et ce, dès le 1er septembre 2000 (pces OCAI 1.10 et 1.11).

21. Dans son rapport du 7 mai 2004, le Dr D_____ a attesté d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré depuis le début de l'année 2003 sous forme de malaises, douleurs abdominales et nervosité de plus en plus marquée. Il a diagnostiqué un état dépressio-anxieux avec accès de panique et somatisations ainsi qu'une gastrite avec probable reflux gastro-oesophagien. Il a signalé la mise en place d'un traitement anxiolytique, puis antidépresseur ainsi qu'une psychothérapie effectuée par le Dr F_____, psychiatre et psychothérapeute, depuis le mois de juillet 2003. Le Dr D_____ a estimé qu'en raison de l'évolution de l'état clinique le degré d'invalidité de 57% n'était pas justifié et qu'il devait être porté à 100%. Il a préconisé une révision du prononcé de l'assurance-invalidité et l'octroi d'une rente entière (pce OCAI 3.13).

22. A la demande de l'OCAI de renseignements relatifs à l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr F_____ a rendu un rapport le 18 juin 2004. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches existant depuis 1999, un status post intervention chirurgicale pour hernie discale depuis 2000, un trouble panique (F 41.0) depuis 2003. Il a signalé une détérioration de l'état de santé au début de l'année 2003 avec l'apparition d'un trouble panique en avril 2003 intervenant dans l'incapacité de travail. Il a indiqué que le patient se plaignait de douleurs au dos, de tristesse, de peur de rester

bloqué, d'irritabilité, de douleurs à l'estomac avec difficultés respiratoires. Il a précisé que la pathologie était restée stable tout au long de son suivi médical qui avait débuté le 3 juillet 2003. Il a expliqué que les crises d'angoisse avec troubles respiratoires se produisaient à raison d'une fois par jour. Dans le questionnaire complémentaire pour troubles psychiques, le Dr F_____ a décrit de l'angoisse, du stress, des "crises (illisibles)", des pressions thoraciques et des difficultés respiratoires. Il a exclu l'existence d'un trouble de la personnalité et a estimé que ces troubles n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses ni liés à des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale. Il a conclu à une perte de la capacité de travail de 50% due aux troubles psychiques (pces OCAI 3.17 et 3.18).

23. Dans sa décision sur opposition du 8 juillet 2004, l'OCAI a estimé que les éléments médicaux avancés par l'assuré ne permettaient pas de remettre en question l'évaluation de la capacité résiduelle de travail fixée à 52% dans une activité légère adaptée. Il a relevé que le Dr F_____ avait considéré que le trouble psychique présent depuis avril 2003 était compatible avec les conclusions du stage COPAI et a rejeté l'opposition (pce OCAI 1.16).

24. Le 22 août 2004, l'assuré a informé l'OCAI que, renseignements pris par téléphone avec le Dr F_____, l'incapacité de travail de 50% fixée par ce praticien ne tenait pas compte de son état physique. En conséquence, il considérait qu'il n'était pas possible de déduire des indications données par le psychiatre que son trouble psychique était compatible avec les conclusions du stage COPAI. Il a estimé nécessaire que l'OCAI réévalue son incapacité de travail en tenant compte de l'impact des deux pathologies, au besoin en mettant en œuvre une expertise. Il a demandé à l'OCAI de procéder à une reconsidération de sa décision sur opposition du 8 juillet 2004 afin de clarifier la situation (pce OCAI 1.17).

25. Le 31 août 2004, l'OCAI a informé l'assuré qu'il s'opposait à sa demande et préférait qu'il déposât un recours.

26. Par acte du 7 septembre 2004, l'assuré a formé recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 8 juillet 2004 et au renvoi du dossier à l'OCAI pour réexamen de sa capacité réelle de travail tenant compte de ses affections tant physiques que psychiques. A l'appui de ses conclusions, il invoque une interprétation erronée des conclusions données par le Dr F_____. De plus, il soutient que le rapport final du COPAI du 9 octobre 2003 n'a pas pris en compte sa problématique psychique. Il considère comme plus que probable que l'incapacité de travail de 50% reconnue pour les troubles psychiques soit susceptible d'augmenter le taux d'invalidité de 57% admis en tenant compte des seules lombalgies.

27. Dans sa réponse du 19 octobre 2004, l'intimé relève que le stage COPAI a eu lieu en septembre 2003, soit postérieurement à l'apparition des troubles psychiques, et que les limitations rencontrées par le recourant durant son stage étaient exclusivement dues aux lombalgies bien qu'une hyperventilation occasionnelle ait été relevée. Invoquant l'avis du SMR du 28 juin 2004, l'intimé confirme que les troubles psychiques apparus en avril 2003 sont compatibles avec une activité professionnelle exercée à 50%. En conséquence, il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

28. Dans sa réplique du 19 novembre 2004, le recourant fait valoir que le stage COPAI avait pour but essentiel d'évaluer en atelier les capacités physiques des participants., Selon lui, bien que ce stage ait eu lieu en septembre 2003, il n'est dès lors pas possible d'en déduire que les troubles psychiques ont été pris en considération dans la fixation de la capacité résiduelle de travail. Il ajoute que, durant ce stage, aucune personne médicalement qualifiée n'a examiné son état de santé sous l'angle psychiatrique. Enfin, il soutient que sa capacité de travail n'a jamais été appréciée globalement, en tenant compte des atteintes tant physiques que psychiques, et qu'il est impossible de rendre justice en faisant l'économie d'une expertise pluridisciplinaire actualisée.

29. Dans sa duplique du 29 novembre 2004, l'intimé a maintenu ses conclusions.

30. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr F_____ qui a eu lieu le 9 mars 2006. Lors de cette audience, le Dr F_____ a indiqué que le trouble panique se manifestait par un sentiment d'oppression thoracique, des troubles respiratoires, un sentiment de mort imminente. Il a confirmé que, chez l'assuré, qu'il avait suivi de juillet 2003 à août 2004, ces symptômes se manifestaient une fois par jour et se traduisaient par une transpiration abondante ou une sensation de chaleur ou de froid qui ne durait pas très longtemps. Le Dr F_____ a estimé que les conclusions du COPAI - dont il lui a été donné lecture - paraissaient plausibles. Il a émis une réserve quant au poste de chauffreur-livreur, évoqué comme possible par les maîtres de stage, expliquant qu'il l'estimait difficilement compatible avec les crises de son patient. En revanche, il a considéré que l'exercice à mi-temps d'une activité d'ouvrier à l'établi ou d'employé dans une station service paraissait exigible. Il a précisé que le taux d'invalidité de 57% retenu par l'intimé et englobant tant les limitations physiques que psychiques semblait raisonnable.

31. Les parties ont renoncé à produire de nouvelles écritures et la cause a été gardée à juger.

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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La 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 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, étant donné que le recourant présente une incapacité de travail de 100% depuis le 2 septembre 1999, son recours concerne le droit à des prestations dès septembre 2000, date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (LAI) et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables aux prestations antérieures à cette date, mais le sont pour les presta-

tions postérieures au 31 décembre 2003 (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 8 juillet 2004, qu'elle a été reçue au plus tôt le lendemain et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 8 septembre 2004 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

   Au surplus, le courrier du 22 août 2004 adressé par le recourant à l'OCAI conteste le taux d'invalidité de 57% retenu par la décision sur opposition du 8 juillet 2004. Dans cette mesure, il aurait dû être traité comme un recours par l'intimé et, en application de l'art. 64 al. 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), être transmis d'office au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 et art. 28 al. 2 LAI).

   b) La comparaison des revenus 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

d) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. a; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28 LAI, p. 221). Au surplus, le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) commande à tout assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé (ATFA du 7 juillet 2005, U 259/04 consid. 5.2). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter que l'assuré soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

7. a) 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

c) Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction 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. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

8. Le recourant ne conteste pas, à juste titre, le revenu sans invalidité, le revenu d'invalide déterminé par les tables statistiques et la déduction opérée par l'intimé sur le salaire statistique, mais seulement la capacité résiduelle de travail retenue par l'OCAI dans son calcul de comparaison des revenus, fixée à 52%.

En l'espèce, il ressort du rapport des médecins des HUG du 17 mars 2000 que le recourant a souffert, dans un premier temps, de lombalgies qui se sont aggravées en septembre 1999 avec l'apparition de sciatalgies accompagnées d'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur gauche et de paresthésies sous la plante du pied gauche. Un CT-scan lombaire effectué en septembre 1999 a montré une volumineuse hernie discale L5-S1. Après un traitement conservateur de six mois resté sans effet, les médecins des HUG ont procédé le 6 mars 2000 à une discectomie L5-S1 gauche. Une IRM lombaire de contrôle effectuée le 26 mai 2000 a montré une discopathie L4-L5 inflammatoire avec protrusion discale paramédiane gauche, une hypertrophie des massifs articulaires postérieurs et du ligament jaune, un canal relativement étroit en L4-L5 et L5-S1.

Dans son rapport du 12 septembre 2000, le Dr D_____ a indiqué que cette opération avait nettement amélioré la sciatalgie gauche, mais que les lombalgies persistaient et empêchaient l'assuré de mener une vie normale. Il a précisé que cette affection avait pour conséquence de le rendre totalement incapable d'exercer le métier de manoeuvre, mais lui laissait une capacité de travail d'environ 50%, sans di-

minution de rendement, dans une activité telle que coursier ou travail de bureau ne nécessitant pas de port de charges de plus de dix kilos, ni d'efforts intenses, en position assise et permettant d'alterner les positions.

Dans leur rapport du 6 octobre 2003, les responsables du stage d'observation COPAI effectué en septembre 2003 ont conclu que, d'un point de vue physique, intellectuel et social, l'intéressé était en mesure d'exercer, à raison de six heures par jour avec un rendement de 70 %, un emploi léger, simple et pratique (chauffeur dans les livraisons légères, ouvrier à l'établi, employé de station service) n'impliquant pas le port de charges et permettant de changer de position, dans le circuit économique normal. Ils ont précisé que ce rendement ne serait cependant atteint qu'après une période d'adaptation sous forme de mise au courant pratique et simple, en entreprise par exemple.

Pour sa part, le Dr E_____, médecin-conseil du COPAI, dans son rapport du 7 octobre 2003, a indiqué que l'assuré se plaignait de troubles fonctionnels ainsi que d'une dyspnée de type anxieux et que le stage avait montré qu'il était théoriquement capable d'exercer une activité professionnelle avec un rendement moyen de l'ordre de 50% dans une activité permettant d'alterner les positions, sans port de charges ni efforts physiques trop intenses. Il a toutefois souligné que le recourant était convaincu de son incapacité à travailler.

Dans son rapport du 7 mai 2004, le Dr D_____ a annoncé une péjoration de l'état de santé de son patient avec l'apparition, depuis le début de l'année 2003, de malaises, de douleurs abdominales et d'une nervosité de plus en plus marquée. Il a diagnostiqué, d'une part, un état dépressivo-anxieux avec accès de panique et somatisations, d'autre part, une gastrite avec probable reflux gastro-oesophagien. Il a estimé qu'en raison de l'évolution de son état clinique, le patient était dans l'incapacité totale de travailler.

Enfin, dans son rapport du 18 juin 2004, le Dr F_____ a mentionné l'apparition, en avril 2003, d'un trouble panique sous forme de crises d'angoisse avec troubles respiratoires se manifestant à raison d'une fois par jour. Il a précisé que le patient présentait de l'angoisse, du stress, des crises (illisibles), des pressions thoraciques et des difficultés respiratoires. Il a considéré qu'en raison uniquement de ces troubles psychiques, le recourant présentait une incapacité de travail de 50%.

Entendu par le Tribunal de céans, le Dr F_____ a adhéré à la majorité des conclusions du COPAI. Il a cependant émis une réserve s'agissant de l'activité de chauffeur-livreur, laquelle lui a semblé difficilement compatible avec les crises provoquées par le trouble panique. En revanche, il a considéré que l'exercice d'une activité à 50% d'ouvrier à l'établi ou d'employé dans une station service était exigible de la part du recourant. Il a précisé que le taux d'invalidité de 57% retenu par

l'intimé -englobant tant les problèmes physiques que psychiques - paraissait raisonnable.

En définitive, les diagnostics principaux (lombalgies chroniques, status post discectomie L5-S1 gauche, discopathie L4-L5, hypertrophie des massifs articulaires postérieurs et du ligament jaune, canal lombaire relativement étroit en L4-L5 et L5-S1, trouble panique) ne sont contestés par aucun des médecins consultés. Les limitations fonctionnelles - éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les efforts intenses, la station debout prolongée, les postures statiques contraignantes pour le rachis, alterner régulièrement les positions, ne pas travailler sur une échelle ou en position accroupie - concordent pour l'essentiel. Enfin, le médecin traitant est le seul à parler d'une incapacité totale de travail et son avis est insuffisamment motivé pour être pris en considération.

De son côté, le recourant estime qu'aucune analyse sur sa capacité de travail de l'influence des lombalgies combinées avec les troubles psychiques n'a été faite. Il soutient que le rapport final COPAI du 9 octobre 2003 n'a ni pris en compte ni investigué sa problématique psychique. Enfin, il considère que si les troubles psychiques justifient à eux seuls une incapacité de travail de 50%, il est difficilement compréhensible de fixer l'invalidité à 57% de façon globale pour les troubles psychiques et physiques.

9. Le rapport de synthèse du COPAI du 9 octobre 2003 émane d'une institution de l'AI 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. Un séjour dans un COPAI en qualité de stagiaire, dure en général quatre semaines. Selon sa formation professionnelle préliminaire, l'assuré occupe différents emplois qui permettront à longue échéance d'apprécier ses capacités. Pendant toute la période d'observation, un médecin suit régulièrement l'assuré (voir à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : Coup d'oeil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss; Plädoyer 3/2004 p. 64).

   Dans le présent cas, sur la base des prestations fournies par le recourant durant les quatre semaines de stage et d'une observation de ses troubles physiques, le rapport d'observation professionnelle du 6 octobre 2003 conclut à une capacité résiduelle de travail de 52% dans un travail léger et pratique, sans port de charges permettant d'alterner les positions, tel que chauffeur dans les livraisons légères, ouvrier à l'établi, employé de station-service. Il y a lieu de relever que les troubles physiques pris en considération pour aboutir à ces conclusions englobent également une très forte nervosité ainsi que des accès d'hyperventilation. Pour sa part, dans son rapport du 7 octobre 2003, le Dr E_____, qui a suivi le patient durant tout le stage, a at-

testé sans ambiguïté que les évaluations médicale et professionnelle de la capacité de travail convergeaient vers 50%.

10. Pour la période précédant l'aggravation de l'état de santé du recourant par l'apparition d'un trouble panique en avril 2003, les conclusions du COPAI - et de son médecin-conseil en particulier - rejoignent en grande partie celles du médecin-traitant quant à la nature des travaux qui demeurent exigibles. En effet, il n'y a pas de divergence sur cette question avec le Dr D_____ qui, au demeurant, atteste d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité telle que celle de coursier ou employé de bureau. En conséquence, pour cette période, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 52% dans une activité simple et répétitive.

11. Pour la période postérieure à avril 2003, il y a lieu de relever que, lors du stage COPAI en septembre 2003 et alors que le trouble panique existait déjà, les maîtres de stage ont pris en considération certains des symptômes de l'affection psychique dans le cadre de leur bilan, à savoir une tension nerveuse sous forme d'anxiété, une faible résistance au stress, des accès d'hyperventilation. Dans son rapport du 18 juin 2004, le Dr F_____ a diagnostiqué un trouble panique sous forme de crises d'angoisse avec troubles respiratoires se manifestant à raison d'une fois par jour et a attesté une incapacité de travail de 50% pour la seule affection psychique. Il a précisé que le recourant se plaignait d'angoisse, de stress, de pressions thoraciques et de difficultés respiratoires. Puis, lors de l'audience du 9 mars 2006, le Dr F_____ a confirmé que, sur le plan psychique, la mise en pratique d'une capacité de travail de 50% dans une activité d'ouvrier à l'établi ou d'employé dans une station service était exigible de la part du recourant.

    Finalement, le stage d'observation professionnelle de quatre semaines a permis de connaître le rendement exigible du recourant dans un emploi adapté, soit 80% à raison de 6 heures par jour, en tenant compte des limitations de travail tant théoriques que pratiques. Au demeurant, l'appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible faites par le Dr F_____, le Dr D_____ et les maîtres de stage du COPAI concordent pour l'essentiel, à la seule différence que les responsables du stage n'avaient pas connaissance du diagnostic de crise d'angoisse. Or, la question du diagnostic exact importe peu en définitive, puisque, du point de vue de l'assurance-invalidité, sont seuls déterminants les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et, partant, sur la capacité de gain, du recourant (cf. ATF 127 V 298 consid. 4c). Étant donné qu'il n'y a aucune divergence d'appréciation entre les maîtres de stage du COPAI et les médecins du recourant, il n'existe aucun motif justifiant de procéder à une instruction complémentaire sur le plan médical, respectivement d'ordonner une expertise.

12. Le recourant soutient que, même si on ne peut pas purement et simplement additionner le taux d'incapacité de travail pour les troubles physiques et celui admis pour les troubles psychiques, il parait inadmissible de ne retenir qu'un taux d'invalidité global de 57% alors même que l'on admet que les seuls troubles psychiques ont pour conséquence une incapacité de travail de 50%. Interrogé à ce sujet par le Tribunal de céans, lors de son audition du 9 mars 2006, le Dr F_____ a cependant répondu que le taux d'invalidité de 57% retenu par l'OCAI - englobant à la fois les problèmes physiques et psychiques - lui paraissait raisonnable. Il a précisé qu'il ne voyait pas de paradoxe à affirmer que le taux de 57% était correct compte tenu de son évaluation de l'incapacité de travail de 50% pour les seuls troubles psychiques.

    L'appréciation du Dr F_____ repose sur les constations qu'il a faites durant les entretiens avec le recourant pendant plus d'une année, soit sur une durée suffisamment longue pour que ce médecin ait pu évaluer en toute connaissance de cause l'état de santé du recourant de façon globale. En effet, dans son rapport du 18 juin 2004 relatif au trouble panique, il a également mentionné l'existence de lombosciatalgies gauches depuis 1999 et d'un status post intervention chirurgicale pour hernie discale en 2000. En énumérant de façon exhaustive les diverses affections dont souffre le recourant, il démontre son aptitude à procéder à une appréciation globale de la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant en pleine connaissance de cause. A ce sujet, le recourant ne produit aucune pièce médicale suffisamment motivée qui établirait que sa capacité résiduelle de travail serait diminuée dans une plus large mesure que celle décrite ci-dessus. En conséquence, il n'est pas en mesure de faire douter le Tribunal de céans de l'exactitude de l'appréciation du Dr F_____.

    Au demeurant, il sied de rappeler qu'en matière d'assurances sociales, l'invalidité n'est pas une notion médicale, mais économique, résultant de la comparaison des revenus hypothétiques - avec et sans invalidité - de sorte que le degré d'incapacité de travail attesté par un médecin ne peut pas être repris tel quel comme taux d'invalidité. En conséquence, le fait que le Dr F_____ atteste une incapacité de travail de 50% pour les seuls troubles psychiques ne permet par d'en déduire quoi que ce soit sur le plan du taux d'invalidité global qui est établi sur la base de toutes les limitations du recourant, en comparant le revenu raisonnablement exigible d'invalide avec celui de valide. Pour établir le taux d'invalidité de 52%, l'intimé a procédé à une telle comparaison des revenus. En définitive, à partir du mois d'avril 2003, la capacité résiduelle de travail du recourant est également de 52% dans une activité simple et répétitive.

13. Étant donné que les calculs de comparaison des revenus effectués par l'intimé pour établir le taux d'invalidité ne sont pas contestés par le recourant et apparaissent dé-

pourvus d'erreur, il y a également lieu de confirmer l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2000.

14. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

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 | La présidente

Janine BOFFI Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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