RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4207/2005 **ATAS/329/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 27 mars 2007

En la cause

Monsieur F_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PIERREHUMBERT Muriel	Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant :Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur F_____, ressortissant portugais né en 1956, est arrivé à Genève en 1981 et y travaillé en qualité de maçon sans formation professionnelle. À partir du 16 mars 2000, il a présenté une incapacité totale de travail en raison de douleurs de dos et de maux de tête.

2. Dans un rapport du 19 janvier 2000, le Dr A_____, spécialiste en neurologie, a relevé que la description des céphalées conduisait à retenir que le patient présentait des migraines communes sans aura. La fréquence des crises était inférieure à 4 par mois.

3. Dans un rapport du 17 août 2000, le Dr B_____, rhumatologue, a diagnostiqué des lombalgies chroniques d'allure commune. Compte tenu d'une récente amélioration, ce médecin proposait une reprise de travail progressif à 50 % dans un premier temps, puis après quelques semaines à 75 % et à moyen terme à 100 %. En cas d'échec de la reprise de travail, il estimait que le patient devait bénéficier du programme de rééducation de l'Hôpital Beau Séjour "dos chronique".

4. Dans un rapport du 6 octobre 2000, le Dr C_____, chef de clinique au Département de médecine interne, division de rhumatologie, des (ci-après les "établissement hospitalier") a diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques communes, un état dépressif et une hypertension artérielle. Le patient avait séjourné à l'hôpital du 25 septembre au 5 octobre 2000 pour bénéficier du programme "objectif dos".

5. En date du 18 janvier 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni différentes attestations des médecins traitants de l'assuré.

6. Dans un rapport du 16 mai 2001, la Dresse D_____, médecin traitant généraliste, a diagnostiqué une discopathie vertébrale, une hémicrânie gauche avec acouphènes, un état dépressif moyen à sévère avec idées suicidaires et un trouble de la personnalité de type impulsif. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle, une colopathie spastique et des hémorroïdes. Son patient avait présenté une incapacité totale de travail depuis le 16 mars 2000, avec deux essais de reprise à 50% qui s'étaient soldés par des échecs. Plus aucune activité n'était exigible.

7. Dans un rapport du 14 juin 2002, la Dresse D_____ a relevé que l'état de santé de son patient était stationnaire. Il présentait toujours une incapacité totale de travail pour toute activité.

8. Dans un rapport du 17 juillet 2002, le Dr E_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un état dépressif moyen depuis 2001. L'incapacité était totale depuis le 16 juin 2001. L'état de santé était stationnaire et le pronostic défavorable.

9. En date du 8 avril 2003, le Dr F_____ des "établissement hospitalier" a procédé à une double discectomie C5-C6 et C6-C7. Les suites opératoires avaient été simples et le patient notait une nette amélioration de la symptomatologie en postopératoire, à savoir la disparition des cervicobrachialgies bilatérales et la disparition presque totale des paresthésies sur la face externe de l'avant-bras droit. L'incapacité de travail avait été totale du 7 avril au 28 mai 2003.

10. Dans un rapport du 6 mai 2004, la Dresse D_____ a relevé que l'état de santé de son patient était stationnaire. La compliance était optimale et elle constatait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le patient voulait retravailler et un travail adapté sans port de charges lourdes pourrait convenir à sa situation.

11. En date du 25 août 2004, l'assuré a été soumis à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) conduit par le SMR Léman, service médical régional de l'assurance-invalidité. Les experts ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, une discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7, un status après discectomie C5-C6 et C6-C7 et mise en place de cages à ces deux niveaux le 8 avril 2003, ainsi que des dorsolombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : hypertension artérielle traitée, nodules thyroïdiens gauches, adénopathies médiastinales de nature indéterminée, stéatose hépatique et petit kyste épididymaire gauche. Sur la base de l'observation clinique psychiatrique, le status psychiatrique était dans les limites de la norme et l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts n'avaient pas retenu ce diagnostic. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : l'assuré devait pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, devait éviter le soulèvement régulier de charges excédant 8 kilos et le port de charges excédant 15 kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et le travail se faisant sur des engins vibrants. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Si l'on faisait abstraction d'une phase d'incapacité de travail complète en relation avec l'opération neurochirurgicale au niveau cervical au printemps 2003, la capacité de travail de l'assuré aurait pu être entière depuis le printemps 2002 dans une activité adaptée.

12. Du 8 novembre au 5 décembre 2004, l'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI). Les maîtres d'atelier ont conclu qu'il présentait une capacité résiduelle de travail de

75 % (75 % de rendement sur un plein temps), après une période d'adaptation, dans un emploi pratique et léger, privilégiant la position assise, mais avec la possibilité d'en changer, dans le circuit économique ordinaire. Les métiers adaptés retenus étaient les suivants : ouvrier à l'établi, employé dans le conditionnement léger ou encore chauffeur dans le domaine de la livraison légère. L'assuré devait éviter les positions statiques prolongées (nécessité de maintenir une certaine mobilité et d'alterner les positions), les positions penchées, le port de charges ainsi que les travaux lourds. Les quatre semaines à l'atelier du COPAI avaient mis en évidence une bonne habileté manuelle et notamment une excellente coordination-dissociation des gestes. S'ajoutaient à cela de bonnes capacités d'organisation, de logique pratique, de mémoire et une certaine facilité d'adaptation à un milieu socioprofessionnel. La reprise d'un travail nécessiterait une période de mise au courant ou une petite formation pratique ainsi qu'une aide au placement. Actuellement, l'assuré se montrait réservé quant à une réintégration professionnelle et préférait attendre la décision de l'assurance-invalidité avant d'envisager ou non la reprise d'une activité.

13. Par décision du 20 mai 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Sur la base de l'expertise, il s'avérait que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail entière dans un emploi pratique et léger privilégiant la position assise. Dès lors, l'Office avait procédé à une comparaison des revenus avant invalidité de 62'242 fr. et après invalidité de 47'461 fr. d'où découlait un degré d'invalidité de 24 % n'ouvrant pas droit à une rente.

14. Par courrier du 21 juin 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, contestant présenter une entière capacité résiduelle de travail, en raison de ses constantes douleurs tant à la colonne vertébrale qu'au côté gauche, de la tête au bras. Cependant, il serait satisfait si, malgré ses problèmes de santé, il parvenait à se reclasser dans une activité à plein temps. Aussi avait-il accepté le stage qui lui avait été récemment proposé par l'OCAI dans une entreprise de transport. Enfin, il a produit un certificat du Dr BANG, spécialiste ORL, du 6 juin 2005, démontrant que ses problèmes actuels de santé étaient en cours d'investigation.

15. Par décision du 28 juillet 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré un stage professionnel en entreprise.

16. Par décision du 28 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant qu'il n'avait à juste titre pas contesté la valeur probante du rapport bidisciplinaire du SMR Léman, mais qu'il se bornait à demander une nouvelle évaluation médicale. Or, le rapport du Dr BANG ne faisait état d'aucune pathologie invalidante et n'était donc pas susceptible de justifier la mise en œuvre de plus amples investigations médicales. Enfin, la mesure d'aide au placement que l'OCAI lui avait accordé ne visait pas à améliorer sa capacité de gain, mais à lui apporter une aide dans ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé. Le fait que cette

mesure puisse aboutir à un échec ne suffisait pas à lui seul à mener à une révision de son degré d'invalidité.

17. Par courrier du 30 novembre 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, au renvoi du dossier à l'OCAI pour complément d'instruction. Il a demandé à ce que l'instruction de son recours soit suspendue dans l'attente des rapports de ses médecins traitants. Il a par ailleurs fait valoir s'être inscrit au chômage et soumis aux mesures d'orientation professionnelle proposées par l'OCAI. Or, l'assurance-chômage l'avait déclaré inapte au placement le 9 février 2005. Il avait contesté cette décision et s'était soumis à une visite médicale ordonnée par l'Office cantonal de l'emploi. Il attendait le résultat de cet examen. Enfin, le recourant a indiqué être l'objet de nouvelles investigations médicales, dont les résultats seraient transmis au Tribunal de céans.

18. Par courrier du 14 décembre 2005, l'OCAI s'est opposé à la suspension de la cause, estimant le dossier complet.

19. En date du 31 janvier 2006, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a expliqué s'être fait opérer de ganglions et respirer dès lors mieux. Il avait besoin d'une période de convalescence, mais souhaitait ensuite reprendre le travail. L'intimé s'est dit d'accord avec la suspension de la cause. Sur quoi, le Tribunal a ordonné ladite suspension, sur la base de l'art. 78 let. a de la loi sur la procédure administrative.

20. Par courrier du 25 avril 2006, le recourant à transmis au Tribunal de céans une attestation du Dr G_____, pneumologue, du 21 avril 2006. Ce rapport faisait état d'éléments nouvellement découverts, remettant en question la capacité résiduelle de travail retenue par l'OCAI. En effet, des examens avaient permis de diagnostiquer une probable sarcoïdose pulmonaire au stade I et une suspicion de neurosarcoïdose; le patient présentait dès lors une incapacité totale de travail depuis le 1er décembre 2005. Le recourant a enfin informé le Tribunal qu'il maintenait son recours et sollicité une instruction complémentaire suite à ses nouvelles atteintes à la santé.

21. Par ordonnance du 2 mai 2006, le Tribunal de céans a ordonné la reprise de l'instruction de la cause, transmis le courrier du recourant et son annexe à l'intimé et lui a octroyé un délai au 31 mai 2006 pour répliquer.

22. Dans sa réplique du 22 mai 2006, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR Léman du 15 mai 2006, selon lequel le nouveau diagnostic était postérieur à la décision sur opposition et ne pouvait donc la remettre en cause. D'autre part, l'atteinte diagnostiquée était nouvelle et sans rapport avec les précédents diagnostics, de sorte qu'elle devait être traitée comme un nouveau cas après refus de rente. Enfin, une sarcoïdose pulmonaire de stade I ne justifiait en principe pas de limitations fonctionnelles suffisantes pour entraîner une diminution de la capacité de travail.

Au vu de ces éléments, la décision sur opposition du 28 octobre 2005 devait être maintenue.

23. Par courrier du 15 juin 2006, le recourant a relevé que selon le Dr G_____, l'affection pulmonaire dont il souffrait avait pour effet de diminuer sa capacité de travail. Enfin, il suggérait au Tribunal de demander à ce médecin et à la Dresse D_____ des précisions quant à la survenance de la nouvelle affection.

24. Par courrier du 19 juin 2006, le Tribunal de céans a octroyé au recourant un délai au 15 août 2006 pour qu'il produise les rapports médicaux qu'il estimait nécessaires.

25. Par courrier du 15 août 2006, le recourant a produit une attestation du Dr G_____ du 15 août également. Ce médecin a indiqué que le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire au stade I était clairement établi par l'histologie des ganglions recueillis lors de la médiastinoscopie du 18 janvier 2006. Il y avait en outre une suspicion de neurosarcoïdose dont le bilan du Dr H_____, neurologue, n'avait pas permis de confirmer de façon formelle. Le Dr G_____ a par ailleurs relevé que subjectivement, la plainte principale du patient était des douleurs dans la tête avec impression de bruit au niveau de l'hémicrâne gauche et une fatigue importante. Il semblait que ces douleurs gênaient le patient depuis longtemps. En outre, l'on pouvait retenir que l'assuré était suffisamment atteint dans sa santé pour qu'une incapacité de travail totale lui soit reconnue. Il lui était plus difficile de déterminer à partir de quelle date, mais certainement à partir du 1er décembre 2005 et probablement depuis les années précédentes. Le Dr G_____ ne pouvait en revanche pas déterminer le taux de l'incapacité de travail de son patient avant décembre 2005, n'ayant pas revu l'assuré entre le 14 décembre 2001 est le 1er décembre 2005.

26. Dans des observations du 15 septembre 2006, l'intimé à transmis un avis du 4 septembre 2006 établi par le SMR Léman, auquel il se référait, et a conclu au rejet du recours. Selon les médecins du SMR Léman, les adénopathies médiastinales étaient déjà mentionnées et prises en compte dans leur rapport d'examen du 25 août 2004. Ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail et le fait de leur poser un diagnostic ne les rendait pas invalidantes. S'agissant de la suspicion de neurosarcoïdose, les examens n'avaient pas permis de la confirmer et la lésion cérébrale suspecte n'était pas évolutive. L'hémicrânie gauche était également déjà mentionnée dans le rapport du SMR Léman d'août 2004. Par ailleurs, le Dr G_____ confirmait que les plaintes douloureuses existaient depuis longtemps ; elles avaient d'ailleurs été prises en compte par les examinateurs en août 2004 et constituaient la raison principale pour laquelle une incapacité de travail totale avait été reconnue dans l'activité habituelle. Enfin, le Dr G_____ faisait remonter l'incapacité de travail une fois à fin 2001, puis à fin 2005 ; son rapport était donc contradictoire et ne précisait en outre pas si la capacité de travail concernait tout type d'activité ou seulement l'activité habituelle. Or, une incapacité de travail dans

toute activité depuis fin 2001 n'était pas possible puisque l'examen du SMR Léman d'août 2004 avait clairement établi que le recourant présentait une capacité de travail dans une activité adaptée. Si, au contraire, l'incapacité existait depuis décembre 2005, elle était sans incidence sur l'actuel recours pour lequel n'étaient pris en considération que les événements jusqu'à la date de la décision sur opposition du 28 octobre 2005.

27. En date du 17 octobre 2006, s'est tenue une deuxième audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a sollicité l'audition de son neurologue sur la nature des lésions concernant ses maux de tête et leur éventuelle incidence sur sa capacité de travail. Si lesdites lésions étaient en effet postérieures à la décision sur opposition, il retirerait son recours et déposerait une nouvelle demande. Sur quoi, le Tribunal de céans a décidé d'une instruction écrite auprès du Dr H_____, neurologue.

28. Par courrier du 19 octobre 2006, le Tribunal de céans a demandé au Dr H_____ si la nature de la lésion sous-corticale frontale gauche était connue, si cette lésion était responsable des maux de tête dont se plaignait le recourant, si elle avait des répercussions sur sa capacité de travail, et, le cas échéant, depuis quelle date et dans quelle mesure.

29. Par courrier du 2 novembre 2006, le Dr H_____ a répondu aux questions qui lui étaient posées. La nature de la lésion sous-corticale frontale gauche ne pouvait être affirmée avec certitude en dépit des examens cliniques et paracliniques effectués à ce jour. Il ressortait des documents à sa disposition et des renseignements obtenus auprès du patient que celui-ci était connu de longue date pour des céphalées en hémicrânie gauche plutôt pulsatiles, sans nausée, dans sa jeunesse, associées à un sentiment de se sentir « pas bien », nerveux. Au milieu des années 80, le patient avait été victime d'un accident entraînant le développement de nucalgies gauches conduisant à une accentuation des céphalées. Depuis les mois de décembre 2005 - janvier 2006, il signalait le développement de céphalées de caractère habituel mais plus intenses, intéressant l'hémicrâne gauche, la nuque et irradiant parfois dans le membre supérieur gauche. Le patient décrivait que la symptomatologie actuelle était similaire à celle qu'il constatait par le passé, le seul élément différent étant l'intensité de la symptomatologie. Sur la base ces éléments, le Dr H_____ pensait que l'on pouvait raisonnablement estimer que la probabilité d'un lien entre la lésion et les céphalées apparaissait comme faible, même si l'on ne pouvait complètement exclure que la majoration des maux de tête soit éventuellement en relation avec la lésion. Cette lésion n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant, si ce médecin se basait sur l'examen neurologique effectué en avril 2006 qui était normal.

30. Dans ses observations du 15 janvier 2007, le recourant a expliqué qu'il ressentait toujours les mêmes maux et que si ses handicaps n'étaient pas dus à une nouvelle

cause, il n'avait pas de raison de retirer sa demande de prestations pour en présenter une nouvelle. Dès lors, il maintenait ses conclusions et souhaitait une expertise permettant de départager les opinions divergentes des médecins du SMR Léman et de son médecin traitant.

31. Par courrier du 24 janvier 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il gardait la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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'art. 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 fédérale 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 28 octobre 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   b) 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 (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

   c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

   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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Il convient en l'occurrence de déterminer si le recourant présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

L'OCAI a nié tout droit aux prestations au motif que le recourant présente une pleine capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté et que de la comparaison des revenus avant et après invalidité ne découlait qu'un degré d'invalidité de 24 % n'ouvrant pas droit à une rente. Le recourant soutient pour sa part qu'il présente une incapacité totale de travail. Selon lui, le Dr G_____ a diagnostiqué tout d'abord une sarcoïdose pulmonaire de stade I, postérieurement au rapport du SMR Léman, et qui entraîne une totale incapacité de travail, puis une suspicion de neurosarcoïdose entraînant une hémicrânie gauche invalidante.

Se trouvent au dossier un examen bidisciplinaire du SMR Léman du 25 août 2004, des attestations des médecins traitants, notamment de la Dresse D_____, des Drs E_____, G_____ et H_____, ainsi qu'un rapport du COPAI du 5 décembre 2004.

Il convient tout d'abord de constater que l'examen bidisciplinaire du SMR Léman a pleine valeur probante selon les critères de la jurisprudence fédérale. Les deux experts ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, une discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7, un status après discectomie C5-C6 et C6-C7 et mise en place de cages à ces deux niveaux, ainsi que des dorsolombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques

et dégénératifs. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : hypertension artérielle traitée, nodules thyroïdiens gauches, adénopathies médiastinales de nature indéterminée, stéatose hépatique et petit kyste épididymaire gauche. Si l'on faisait abstraction d'une phase d'incapacité de travail complète en relation avec l'opération neurochirurgicale au niveau cervical au printemps 2003, la capacité de travail de l'assuré aurait pu être entière depuis le printemps 2002 dans une activité adaptée (l'assuré devait pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, devait éviter le soulèvement régulier de charges excédant 8 kilos et le port de charges excédant 15 kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et le travail se faisant sur des engins vibrants). Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Le SMR Léman a relevé que depuis mars 2000, l'assuré présente des douleurs vertébrales, une hémicrânie, une symptomatologie dépressive, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une colopathie spastique et une hématopathie d'origine X. En 2001, le recourant bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr E_____ avec lequel il a trois à quatre rendez-vous. Sur le plan somatique, il est suivi par son médecin traitant, la Dresse D_____, qui introduit un traitement médicamenteux antidépresseur dans le cadre de douleurs chroniques. Après trois ans, l'assuré arrête de son propre chef le traitement médicamenteux. Il ne bénéficie plus de prise en charge psychiatrique ni de traitement médicamenteux psychotrope.

Il convient de relever que la sarcoïdose pulmonaire au stade I avait été diagnostiquée par les experts du SMR Léman dans leur rapport du 25 août 2004. Ces médecins avaient en effet mentionné la présence d'adénopathies médiastinales de nature indéterminée. Or, le fait de poser un diagnostic plus précis sur cette atteinte à la santé ne la rend pas invalidante. De surcroît, les médecins du SMR Léman ont relevé dans un avis du 15 mai 2001 qu'une sarcoïdose pulmonaire de stade I n'entraînait pas de diminution de la capacité de travail. S'agissant de la suspicion de neurosarcoïdose, cette dernière n'a pas été confirmée par le neurologue traitant, le Dr H_____, et bien que le Dr G_____ estime, en raison des plaintes du patient, que ses maux de tête le rendent incapable de travailler, le neurologue constate quant à lui que les hémicrânies n'entraînent aucune incapacité de travail. Le Dr H_____ relève également que le recourant était connu de longue date pour des céphalées, puisque celles-ci remontent à sa jeunesse.

Ainsi, les deux atteintes à la santé que le recourant soutient être postérieures à l'examen du SMR Léman, étaient déjà présentes en août 2004; elles ne sont de surcroît nullement invalidantes, puisqu'elles n'entraînent aucune incapacité de travail selon les médecins du SMR Léman et le neurologue traitant.

Il convient par conséquent de constater que les conclusions de l'examen du SMR Léman, présentant pleine valeur probante, sont concluantes et seront suivies par le

Tribunal de céans : le recourant présente une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée; ces résultats sont d'ailleurs confirmés par le rapport du COPAI. Il y a lieu de relever que la date retenue par le SMR Léman pour la capacité résiduelle de travail - printemps 2002 - est manifestement erronée et relève d'une erreur de frappe; il s'agit en réalité du printemps 2000. Le recourant qui est à l'arrêt de travail depuis mars 2000 présente depuis cette date une pleine capacité résiduelle de travail. En effet, il ne ressort nullement de l'examen bidisciplinaire que le recourant aurait subi une incapacité totale de travail, puis une amélioration de son état de santé. D'ailleurs en date du 6 mai 2004, la Dresse D_____, qui a prescrit des certificats d'arrêts de travail à son patient depuis mars 2000, atteste que, d'une part, l'état de santé est stationnaire, mais qu'elle estime, d'autre part, la capacité de travail du recourant entière dans une activité adaptée, au motif qu'il a demandé à retravailler. Il faut donc en conclure que l'assuré présente bien depuis mars 2000 une pleine capacité résiduelle de travail, avec une baisse de rendement selon le COPAI. Cependant, à la lecture du rapport du COPAI, il ressort que les éléments prépondérants qui justifient la diminution de rendement - au demeurant peu motivée par les maître professionnels - sont son état d'esprit (problèmes personnels) et sa résistance au stress, éléments qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Les limitations fonctionnelles de l'assuré, qui en position assise n'exigent que des changements de positions relativement peu fréquents, ne justifient pas à elles seules une baisse de rendement de 25%. Dès lors le Tribunal de céans retiendra que l'assuré présente une pleine capacité résiduelle de travail, sans tenir compte d'une diminution de rendement que le COPAI n'a pas suffisamment expliquée et motivée pour la rendre plausible.

7. Il y a lieu dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer son degré d'invalidité.

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

8. Selon une attestation de l'entreprise X_____ du 12 juillet 2001, le recourant a gagné en 1999 50'973 fr. 15. Ce salaire doit être revalorisé à la date de l'année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente, soit en 2001, puisque l'incapacité du recourant a débuté en mars 2000. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2001 (cf. La Vie économique, 3-2006, p. 91, B10.3), on obtient un revenu annuel de 52'893 fr. 15.

   Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 53'244 fr. par année (Enquête suisse sur la

structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2006, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 55'506 fr. 85.

S'agissant de la réduction sur le revenu d'invalide, il convient de relever que le recourant était âgé de 49 ans au moment de la décision sur opposition; il est en Suisse depuis 24 ans, au bénéfice d'un permis d'établissement, et présente une pleine capacité résiduelle de travail, sans diminution de rendement. Ainsi, seuls les facteurs de l'âge et des limitations fonctionnelles, qui exigent une activité légère avec alternance des positions, peuvent être pris en compte pour une réduction du revenu statistique (cf. RCC 2000 p. 314 ss). Aussi ne se justifie-t-il pas de procéder à un abattement de plus de 15 % sur le salaire d'invalide, ce qui porte ce revenu à 47'180 fr. 80.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 10,79 %, qui n'ouvre droit à aucune prestation d'invalidité ([52'893 fr. 15 - 47'180 fr. 80] x 100 : 52'893 fr. 15 = 10,79).

9. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier — La présidente

Pierre RIES — Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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