

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1473/2006

ATAS/710/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 22 août 2006

En la cause

Monsieur A_____, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître PALLY Marlène

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente

Mesdames Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A _____ (ci-après le recourant), né en 1964, de nationalité italienne et au bénéfice d'un permis C, exerce la profession de carreur. Le 23 octobre 2001, il s'est déchiré le muscle du quadriceps (droit antérieur) de la cuisse droite en jouant au football. Depuis lors, il souffre de douleurs au niveau de la cuisse droite et de son genou droit. Le recourant est en incapacité totale de travailler depuis l'accident. Il a tenté de reprendre son activité du 15 au 21 avril 2002 avec des aménagements adaptés à ses limitations fonctionnelles mais par la suite, des travaux dans des conditions habituelles de carreur lui ont à nouveau été demandés de sorte que le recourant a cessé toute activité lucrative.
2. Le 16 novembre 2001, deux IMAGERIES PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE (ci-après IRM) ont été effectuées, l'une à la cuisse droite et l'autre au genou droit du recourant. La première a mis en évidence "une déchirure complète de la jonction musculo-tendineuse du muscle droit antérieur qui apparaît rétracté laissant place à une déchirure s'étendant sur 3 à 4 cm de long comblée par un hématome qui fuse postérieurement et proximale en arrière du muscle droit antérieur". La deuxième, soit celle du genou droit, a révélé "une chondropathie rotulienne de grade II. Une déchirure visualisée en bordure d'antenne au niveau droit antérieur à la jonction musculo-tendineuse ; une IRM de la cuisse a été effectuée dans un deuxième temps afin de pouvoir évaluer cette déchirure".
3. A l'occasion d'un examen effectué le 11 avril 2002, la SUVA, assureur accident, a fixé la capacité de travail du recourant à 50 %.
4. Le 17 mai 2002, un examen radiologique de la cheville de face et de profil a été effectuée par le Dr X. SAVOY, radiologue FMH de LA CLINIQUE DE LA COLLINE. Elle a indiqué que le recourant était atteint soit d'un statut post-traumatique ancien, soit alors de surprotection d'un petit élément osseux désolidarisé et ce au niveau de la malléole interne, d'un petit remaniement de la structure osseuse du versant interne du col de l'astragale, d'un pincement articulaire entre l'astragale et la malléole interne. En revanche il n'y avait pas de lésion traumatique osseuse récente, ni de souris intra-articulaire évidente.
5. Le 13 juin 2002, le Dr B _____ de L'HÔPITAL RÉGIONAL DE SION a effectué des radiographies du bassin de face et de la hanche droite axiale du recourant. Elles ont mis en évidence des Espaces coxo-fémoraux conservés et une Ostéophythose au niveau de la partie externe des deux têtes fémorales s'étendant vers le col fémoral. En revanche, il n'y avait pas d'altération de la structure osseuse du bassin.
6. Une deuxième IRM de la cuisse droite a été effectuée par le Dr C _____ de l'hôpital régional de Sion le 20 juin 2002. Elle a notamment révélé qu'il y avait, par

rapport à l'examen du 16 novembre 2001, une "résorption complète des composantes hémorragiques consécutives à la rupture (...). La rétractation du muscle antérieur est quasi inchangée ; le tendon paraît grêle, atrophié ; l'atrophie prédomine au niveau de la partie distale (1 à 2 mm d'épaisseur) et au niveau de la partie proximale (3mm). Pas d'image de rupture intéressant les autres parties du muscle quadriceps crural."

7. Du 12 juin 2002 au 31 juillet 2002, le recourant a séjourné au service de réadaptation générale de la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION qui a évalué sa capacité de travail à 50 % uniquement pour la période du 1^{er} août 2002 au 8 septembre 2002.
8. Le 17 juin 2002, le Dr D_____, médecin chef du service de psychosomatique de la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION, à l'occasion d'un consilium psychiatrique du 17 mai 2002, a diagnostiqué chez le recourant un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.
9. Un examen de la colonne lombaire face et profil debout a été effectué par le Dr E_____, radiologue FMH de la CLINIQUE GÉNÉRALE BEAULIEU, le 29 août 2002. Le médecin a diagnostiqué une scoliose sinistroconvexe du rachis lombaire probablement par contracture musculaire paravertébrale, une ébauche de discopathie L4-L5 et une bascule du bassin à droite par raccourcissement relatif du membre inférieur droit.
10. Par un courrier du 30 octobre 2002, la SUVA a indiqué au recourant qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.
11. Le 30 octobre 2002, le recourant a déposé une demande de prestation auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE - INVALIDITÉ (ci-après OCAI), visant à des mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession.
12. Dans un rapport médical adressé à l'OCAI le 18 novembre 2002, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant du recourant, a diagnostiqué une déchirure du muscle droit antérieur droit, des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, une scoliose sinistroconnexe du rachis lombaire, une ébauche de discopathie L4-L5 et une bascule du bassin à droite par raccourcissement du membre inférieur droit. Il a ajouté que le recourant était incapable à raison de 100 %, d'exercer l'activité lucrative qu'il avait jusqu'alors parce que le métier de carreleur était un métier lourd avec beaucoup de déplacements, de changements de position et de port de charge. En revanche, il a précisé qu'une activité légère avec peu de déplacements et des ports de charges limités était envisageable "dès que possible". Le recourant devait pouvoir toutefois

alterner sa position en tout cas toutes les deux heures. Il a encore précisé qu'il ne devait ni se trouver dans une position accroupie, ni à genoux.

13. Dans un rapport médical reçu par l'OCAI le 15 janvier 2003, le Dr G_____, médecin FMH spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé comme diagnostic une déchirure du quadriceps (droit antérieur), une lombalgie, une coxarthrose débutante bilatérale, des séquelles douloureuses dues à une entorse de la cheville droite (arthrose tibio-tarsienne). Il a attesté d'une incapacité de travail du recourant à 100 % dès le 24 octobre 2001, à 50 % dès le 15 avril 2002 et à 100 % dès le 24 avril 2002. Il a ajouté que le patient était actuellement incapable de se mettre à genou, qu'il conservait des douleurs inguinales à la marche et que les lombalgies ne s'étaient quant à elles que légèrement atténuées. Une tentative de reprise de son travail de carreleur, pour des activités légères et à hauteur d'homme s'est révélée être un échec. De ce fait, une réorientation professionnelle vers une activité semi-sédentaire, évitant les positions accroupies ou agenouillées, et le port de charges lourdes était nécessaire.
14. Le 1^{er} mai 2003, une IRM a été effectuée sur la hanche droite du recourant. Elle a mis en évidence des séquelles amyotrophiques dans le cadre d'un remaniement cicatriciel d'une ancienne déchirure touchant actuellement le plan profond du tiers moyen et distal du muscle droit antérieur de la cuisse droite. Il n'y avait en revanche ni rétraction musculo-tendineuse, ni d'effet de masse, ni de syndrome inflammatoire manifeste. Il n'y avait pas non plus de pathologie coxo-fémorale ni d'anomalie décelable au niveau du pli inguinal.
15. Une IRM lombaire a été faite le 2 mai 2003 par le Dr H_____, radiologue FMH, qui a dès lors conclu que le recourant était atteint d'une hernie discale L4-L5 foraminale gauche en conflit avec la racine L4 gauche, une hernie discale L5-S1 foraminale et latérale droite en conflit modéré avec la racine L5 droite.
16. Dans un rapport médical du 4 juillet 2003 adressé à l'OCAI, le Dr G_____ a expliqué que l'hernie discale L4-L5 foraminale gauche en conflit avec la racine L4 ainsi que l'hernie discale L5-S1 foraminale et latérale droite en conflit modéré avec la racine L5 droite, permettaient toutes deux d'expliquer le retentissement symptomatique actuel du recourant. Il a ajouté que l'absence de déficit neurologique incitait à la poursuite du traitement conservateur, mais qu'en cas de dégradation ou de persistance du syndrome douloureux important, un traitement chirurgical pourrait être évalué ultérieurement.
17. Par décision du 11 juillet 2003, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré le recourant inapte au placement, lui refusant de ce fait une indemnisation.
18. Le recourant a suivi un stage d'observation professionnelle de type COPAI (ci-après : stage COPAI) au Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) du 6 octobre au 2 novembre 2003. Dans leur rapport du 18 novembre 2003, les maîtres de

réadaptation ont estimé la capacité résiduelle de travail du recourant à 52,5 % (c'est-à-dire une activité à raison de 6 heures par jour et un rendement de 70 %), après une période d'adaptation, dans un emploi léger, simple et pratique, permettant d'alterner les positions. Les métiers retenus étaient opérateurs CNC, ouvrier dans le secteur de la mécanique légère, employé dans le conditionnement léger. Le recourant devait ainsi éviter les positions agenouillées, accroupies ou trop statiques ainsi que le port de charges. Il ressortait en outre de ce rapport que le recourant possédait une résistance assez faible ne permettant pas d'envisager un travail à plein temps ainsi qu'une mobilité du dos et des jambes restreinte. Les mesures avaient en outre relevé des bonnes compétences manuelles. A noter que le recourant se plaignait très fréquemment de douleurs, évoquant de nouvelles atteintes au dos, montrait de nombreux signes d'inconfort et profitait de chaque entretien pour parler de ses atteintes et de ses limitations. Il insistait à plusieurs reprises sur sa bonne volonté et répétait sans cesse qu'il était en stage pour trouver des solutions, ne faisant toutefois aucune proposition. Enfin, il entrait parfois en conflit avec l'encadrement au sujet de la reconnaissance de ses atteintes, particulièrement lorsque les maîtres de réadaptation lui faisaient remarquer son engagement modéré et certaines de ses attitudes à la manipulation. Durant le stage, le recourant a de plus fait allusion à une possible action en justice en fonction du dénouement de la mesure, au cas où une solution viable pour lui n'était pas trouvée.

19. Dans une lettre du 12 novembre 2003, le Dr I_____, médecin conseil de l'OCAI, a indiqué que le scanner récent démontrait l'existence de deux hernies discales L4-L5 dont l'importance était relative et "la responsabilité dans les plaintes exprimées pas démontrée". Il a ajouté que les plaintes douloureuses étaient difficilement expliquées par les diverses atteintes décrites, et la déchirure ancienne du quadriceps ne pouvait pas être responsable d'une symptomatologie aussi "bruyante" que celle exprimée par le recourant. Selon lui, la capacité de travail de 50 % évaluée par le stage COPAI était difficilement acceptable au vu du comportement du recourant durant ledit stage. Il a ajouté qu'une évaluation complémentaire sur le plan psychologique pourrait être utile pour expliquer les troubles de l'adaptation constatés et l'intensité inhabituelles des plaintes exprimées par le recourant.
20. Par décision du 26 avril 2004, la SUVA a fixé le degré d'invalidité du recourant à 35%, dès le 1^{er} novembre 2003 sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité légère.
21. Une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 7 mars 2005 en raison de l'aggravation alléguée par le recourant de ses lombo-sciatalgies. Elle a révélé qu'il était atteint d'une hernie discale foramino-extraforaminale gauche L4-L5, en contact étroit avec la racine L4 gauche, et d'une petite hernie foramino-extraforaminale droite, en contact discret avec la racine L5 droite. Ces hernies discales étaient superposables tant par leur étendue que leur discret effet de masse

sur les racines perspectives. Par ailleurs le recourant était atteint également d'une discrète hypertrophie arthrosique zygapophysaire sans conséquence sur le diamètre transversal du canal rachidien.

22. Dès lors et sur la base de la dernière IRM effectuée, dans un courrier du 18 mars 2005, le Dr G _____ a conclu que malgré l'aggravation symptomatique, l'imagerie IRM restait superposable à l'examen précédent.
23. Au vu des divergences entre la SUVA qui a estimé la capacité de travail du recourant entière mais retenant un taux d'invalidité de 35% avec une atteinte à l'intégrité de 5% et le stage COPAI, du 6 octobre au 2 novembre 2003, qui a fixé la capacité résiduelle de travail du recourant à 52.5% avec un rendement de 70%, l'OCAI a ordonné un examen clinique bidisciplinaire le 11 juillet 2005. Les Drs J _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et K _____, psychiatre FMH, ont diagnostiqué :

"- avec répercussion sur la capacité de travail :

Douleurs de la cuisse droite avec atrophie dans le cadre d'un status après déchirure du droit antérieur en octobre 2001

Cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec hernies discales L4-L5 et L5-S1.

Syndrome rotulien droit dans le cadre d'une chondropathie rotulienne de stade II.

Douleurs de la cheville droite dans le cadre de troubles dégénératifs discrets.

Coxarthrose débutante bilatérale.

- sans répercussion sur la capacité de travail :

Suspicion de syndrome du tunnel carpien droit.

Obésité."

Il ressortait également de ce rapport la présence de deux signes de Waddel, toutefois insuffisants pour poser le principe de syndrome d'amplification des troubles, un tel diagnostic nécessitant la présence d'au moins trois signes de Waddel. Dès lors, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pour le rachis, "nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc". En ce qui concerne les membres inférieurs, "pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles, escaliers. Pas de marche supérieure à 15 min, pas de marche en terrain irrégulier". Sur le plan psychiatrique, aucun trouble susceptible de porter préjudice à sa capacité de travail n'a été mis en évidence par l'examen. En particulier, il n'y avait pas de troubles de l'attention ni de la concentration, la thymie était neutre, il n'y avait pas non plus de sentiment de culpabilité, pas d'anhédonie, pas de fatigabilité, pas d'idée suicidaire. Au vu de ce

qui précède, la capacité de travail a été évaluée à 0 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée.

24. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 7 septembre 2005, l'OCAI a indiqué qu'au vu des divers diagnostics ostéo-articulaires présentés par le recourant, sa capacité de travail était nulle en tant que carreleur. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, la capacité de travail était complète. L'examen psychiatrique ne mettait en évidence aucun trouble qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. La comparaison des gains selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), laissait apparaître un degré d'invalidité de 35,8%. Ce taux ne permettait donc pas l'octroi d'une rente. En outre, compte tenu de la déclaration auprès du chômage du recourant du 22 mai 2003, dans laquelle il se déclarait lui-même dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité lucrative, de son attitude globale lors du stage d'observation professionnelle, des mesures professionnelles ne pourront être envisagées que sur demande dûment motivée de sa part.
25. Par décision du 13 septembre 2005, l'OCAI, se référant à l'examen bidisciplinaire du 11 juillet 2005, a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, le degré d'invalidité ayant été estimé à 36.00 %.
26. Suite à l'opposition du recourant, l'OCAI a confirmé sa décision le 16 mars 2006. Il s'est référé à l'avis du Dr I _____ du 12 novembre 2003 qui, mettant en doute le degré d'incapacité de travail estimé par le COPAI, affirmait que "le stage effectué dans des conditions difficiles au COPAI, avec une interruption de travail de 50 % pour des raisons essentiellement subjectives, a montré que M. A _____ avait une capacité de travail de l'ordre de 50 % pendant cette période. Il me semble difficile d'accepter ce résultat sans réserves, compte tenu de l'attitude globale de M. A _____ (...)." L'OCAI s'est également appuyé sur la décision de la SUVA, ainsi que sur l'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) que le SMR a mis sur pied qui, tous deux, concluaient que la capacité de travail du recourant était nulle en tant que carreleur mais entière dans une activité adaptée.
27. Par courrier du 26 avril 2006, le recourant interjette recours auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il fait valoir que les troubles d'adaptation dont il a fait l'objet durant le stage COPAI, ne sont pas dus à des problèmes psychologiques, mais à des douleurs aiguës et persistantes causées par ses limitations fonctionnelles et par ses hernies discales. Par conséquent, il n'a pas fait exprès de ne pas s'adapter, comme le prétend l'OCAI. Dès lors, d'après lui, les médecins de l'AI ont exagéré sa capacité de travail au motif d'une inadaptation intentionnelle. Il prétend enfin qu'au vu de ses douleurs persistantes tant en position assise qu'en position debout, il ne peut exercer aucune profession.

28. Dans sa réponse du 18 mai 2006, l'OCAI se référant tant pour les faits que pour les motifs à sa décision sur opposition conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.
29. Par pli du 29 mai 2006, cette écriture a été communiquée au recourant et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

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

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 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions dans le domaine des assurances sociales. Selon la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). La LPGA s'applique donc au présent litige dont l'essentiel des faits sont postérieurs au 1^{er} janvier 2003, la décision de l'office datant du 13 septembre 2005 et la décision sur opposition du 16 mars 2006.
3. Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans un délai de 30 jours dès leur notification (art. 56 et 60 LPGA). Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, les délais fixés par la loi ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement. Comte tenu des suspensions de délais durant la période de Pâques en 2006, le recours est en l'occurrence recevable.

4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si le recourant présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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 (cf. également l'art. 8 LPGa).

Selon l'art 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Cette disposition légale a gardé en substance la même teneur depuis le 1^{er} janvier 2003.

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à

titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le COPAI quant à lui, a pour fonction de compléter les données médicales en examinant de façon concrète dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (RCC 1985, p 246 ss). Toutefois, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation, 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 on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En outre, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle de médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de conforter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3 publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64 de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03).

7. 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).

A cette occasion, on rappellera que les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise au sens des considérants ci-dessus.

8. Dans le cas d'espèce, l'OCAI s'est appuyé sur l'examen rhumatologique et psychiatrique effectué par son service médical, dont les conclusions rejoignent d'ailleurs celles de la SUVA. Dans son examen clinique bidisciplinaire du 11 juillet 2005, le SMR a pris en considération l'ensemble des rapports médicaux du recourant, notamment l'ensemble de son dossier radiologique, ainsi que les nombreuses plaintes exprimées par lui. En outre, l'examen médical a été établi sur la base de l'anamnèse médicale complète. La description de la situation médicale du recourant est de plus très claire et les médecins se sont exprimés sur la capacité de travail exigible du recourant en motivant dûment leur point de vue. Il en découle que le rapport du SMR remplit toutes les exigences de la jurisprudence permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, le recourant fait valoir que les troubles d'adaptation dont il a fait l'objet durant le stage COPAI, ont découlé non pas de problèmes d'ordre psychologique, comme l'admet le SMR, mais bien de douleurs aiguës et persistantes dues tant à ses limitations fonctionnelles qu'à ses hernies discales. Il n'a dès lors pas fait exprès de ne pas s'adapter. Les médecins AI ont donc, d'après lui, exagéré le degré de capacité de travail au motif d'une inadaptation intentionnelle. De plus, le recourant soulève qu'au vu de ses douleurs persistantes tant en position assise que debout, il ne peut exercer aucune profession. Or le SMR n'a pas relevé de troubles d'adaptation du recourant. S'agissant d'une éventuelle inadaptation intentionnelle du recourant, là encore, l'examen bidisciplinaire, faisant application des signes de Waddel, a écarté l'hypothèse d'une amplification des troubles.

De plus, le Dr F _____ déjà, dans son rapport médical du 18 novembre 2002, précisait, au sujet de la déchirure du muscle droit antérieur, que le recourant était en incapacité totale d'exercer son activité de carreur, mais qu'une activité légère était envisageable dès que possible. Quant au Dr G _____, s'il a soulevé l'échec de la reprise d'activité en tant que carreur, pour des activités légères et à hauteur d'homme, il convient de rappeler que cet échec est principalement dû à une reprise

d'activité dans des conditions dites normales de travail. En revanche, il ne s'est pas prononcé sur la possibilité d'exercer une activité dans un domaine autre tel qu'opérateur CNC, ouvrier dans le secteur de la mécanique légère ou employé dans le conditionnement léger, activités qui seraient par conséquent qualifiées de légères.

S'agissant des hernies discales dont souffre le recourant, le Dr I _____, dans son courrier du 12 novembre 2003, s'appuyant sur les scanners effectués, a précisé que leur importance était relative. L'IRM de la colonne lombaire du 7 mars 2006, commentée par le Dr G _____ a de plus révélé qu'il n'y avait pas d'aggravation de la situation du recourant à ce niveau là.

Par conséquent, c'est à juste titre que le SMR a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Certes le COPAI arrive à une capacité résiduelle de travail de 50% seulement. Cependant, l'examen du SMR a été effectué précisément pour éliminer une divergence quant au degré d'incapacité de travail retenu, d'une part, par le COPAI le 18 novembre 2003, et, d'autre part, la SUVA. Le SMR est ainsi arrivé à la conclusion que la capacité résiduelle de travail du recourant était de 100% dans une activité adaptée, tout comme la SUVA l'avait estimé, après instruction du dossier, et, en particulier, un stage à la clinique de Sion. En application de la jurisprudence susmentionnée, le rapport du SMR doit en l'occurrence primer sur les conclusions du stage. En outre, le Dr I _____ avait relativisé, dans sa note du 12 novembre 2003, les conclusions du COPAI, car l'interruption de travail de 50%, 9 jours sur 20 jours, tenait à des raisons essentiellement subjectives. Le COPAI lui-même relève notamment dans son rapport du 19 novembre 2003, "qu'un engagement plus affirmé et un comportement général plutôt tourné vers ses ressources permettraient à l'assuré d'aborder l'avenir sous un angle plus constructif". Il sera rappelé à cet égard que le recourant doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour réduire son dommage (circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité chiffre 1048).

9. En résumé, les conclusions du COPAI ont été écartées à juste titre par le SMR. Celui-ci a fait un examen complet du recourant et retient de façon convaincante une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui correspond comme on l'a vu à l'appréciation de la SUVA qui avait elle-même instruit le dossier. Cette pleine capacité de travail doit par conséquent être confirmée.
10. Cela étant, il y a lieu d'examiner le calcul du degré d'invalidité, qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.
 - a) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI qui renvoie à l'art. 16 LPGa, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on pourrait raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibré du

marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1).

Le revenu sans invalidité se détermine en principe sur la base du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente. Le TFA a en outre précisé qu'il convient de se fonder sur le gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé.

b) En l'espèce, le recourant exerçait la profession de carreleur avant la survenance de l'atteinte à sa santé. Son revenu mensuel, s'élevant à 71'912 fr. par année, sera donc pris en considération comme revenu de référence pour le calcul de la rente.

c) Quant au revenu avec invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321).

Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée.

Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

C'est ainsi que dans un arrêt du 29 août 2005, (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5.), le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'un abattement de 20 %, fixé par l'instance cantonale, était conforme à la jurisprudence pour une personne née en 1944, manœuvre en bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements. Par ailleurs, dans un arrêt non publié du 6 juillet 2005 (ATFA non publié, I 149/2005, consid. 6.2.), le TFA a admis une réduction de 15 % pour une personne présentant des limitations fonctionnelles sur le plan physique et étant dépourvue de toute formation. Le TFA a retenu le taux maximum de réduction, soit 25 %, en raison de l'âge de l'assuré, né en 1947, de sa scolarité interrompue à l'âge de 12 ans, de la limitation de son acuité visuelle et des diverses limitations décrites par les médecins liées à son activité.

d) En l'espèce, l'OCAI, pour calculer le revenu avec invalidité, a pris à juste titre en considération les statistiques figurant au TA1 de l'ESS 2002, rubrique 4 (activités simples et répétitives) pour un homme en tenant compte de l'intégralité des secteurs économiques, soit 4'557 fr. par mois. Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 2002 c'est-à-dire 41.7 heures, le salaire est de 4'751 fr. par mois soit 57'008 fr. par année. Réactualisé à l'indice des salaires nominaux pour les hommes et en prenant en considération l'année 2003, le revenu annuel s'élève à de 57'749 fr.

e) Reste à examiner quelle réduction doit être effectuée sur le revenu d'invalidité. En effet, l'OCAI a pris en considération une réduction de 20 %, ce qui conduit à l'absence de toute rente, selon le calcul suivant:

$$\frac{71'912 - 46'199 \times 100}{71'912} = 35.76\%$$

Au vu de la jurisprudence du TFA susmentionnée, le Tribunal de céans constate que, bien que généreuse, la réduction de 20 % octroyée par l' OCAI peut être confirmée.

- 11) Il en résulte que, le degré d'invalidité étant insuffisant pour ouvrir droit à une rente, la décision sur opposition de l'OCAI doit être confirmée et le recours rejeté.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

Le greffier

La présidente

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

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