

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2069/2006

ATAS/572/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 24 mai 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié , VESENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PETROZ Pascal

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Dominique JECKELMANN et Nathalie BLOCH,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B _____ (ci-après: l'assuré), ressortissant kosovar né le 1956, a travaillé comme manœuvre depuis le 15 octobre 2000 pour une entreprise sise en Suisse.
2. En date du 3 février 2001, il a eu un accident de la circulation. Son assureur-accidents, la SCHWEIZERISCHE UNFALLSVERSICHERUNGSANSTALT (ci-après: la SUVA) a pris en charge le cas.
3. Le lendemain de l'accident, l'assuré a consulté le Dr A _____, généraliste, de la Permanence de Cornavin. Dans son rapport intermédiaire du 10 mai 2001 adressé à la SUVA, ce médecin a posé le diagnostic de traumatisme cervical de type "WHIPLASH".
4. Le Dr B _____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 22 mai 2001 et, par rapport du lendemain, a confirmé le diagnostic précité. Il a conclu à une capacité de travail de 50% en rendement, non pas en temps, sans sollicitation physique importante, ce dès le 28 mai 2001.
5. Du rapport intermédiaire du 27 mai 2001 adressé à la SUVA, signé par le Dr C _____, interniste et médecin traitant de l'assuré, il résultait une évolution favorable avec persistance de cervicalgies jugées très gênantes, entravant même le sommeil. La reprise du travail à 50% pouvait néanmoins être prévue au 28 mai 2001.
6. Selon l'avis médical du 15 juin 2001 du Dr A _____ adressé à la SUVA, l'assuré a été en incapacité de travail de 100% du 5 février 2001 jusqu'au 15 février 2001. Dès cette date, la capacité de travail de l'assuré a été estimée totale.
7. Pour sa part, le 1^{er} juillet 2001, le Dr C _____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50% mais ce, dès le 5 juin 2001 seulement.
8. Un second rapport intermédiaire du Dr C _____ du 10 juillet 2001 adressé à la SUVA, faisait toujours état d'une évolution défavorable en raison d'importantes cervicalgies rebelles à tout traitement. La tentative de reprise de travail à 50% dès le 29 mai 2001 s'est soldée par un échec.
9. Le 3 novembre 2001, le médecin traitant a avisé la SUVA qu'une incapacité de travail était probable à moins qu'un recyclage rapide n'ait lieu.
10. Le 5 novembre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) se

plaignant de séquelles cervicales douloureuses permanentes, accompagnées de vertiges positionnels et rotatoires.

11. Dans un rapport intermédiaire du 22 février 2002 adressé à l'OCAI, le Dr C_____ a indiqué qu'une activité peu physique, sans port de charges, évitant notamment les mouvements de nuque, les rotations fréquentes de la tête et les mouvements répétitifs des membres et du dos, était adaptée à l'état de santé de l'assuré.
12. L'assuré a été examiné le 12 mars 2002 par le Dr B_____, qui a rendu son rapport le 13 mars 2002. Tout comme le médecin traitant, il a estimé la capacité de travail de l'assuré entière dans une activité adaptée à ses atteintes cervicales.
13. Aux termes du rapport médical du 4 juillet 2002 du Dr C_____ à la SUVA, l'échec de reprise du travail était due à la symptomatologie douloureuse résiduelle, marquée par des douleurs cervicales sans que celles-ci ne puissent être objectivées par des lésions squelettiques.
14. Par décision du 12 juillet 2002, la SUVA a supprimé le droit de l'assuré aux prestations à compter du 31 juillet 2002 au soir, considérant qu'il ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 3 février 2001.
15. L'assuré a également été examiné par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des "établissement hospitalier", comme l'atteste son rapport du 2 octobre 2002. Les médecins évoquaient la persistance de la douleur cervicale et des limitations fonctionnelles. Ils concluaient à l'opportunité d'une réévaluation des possibilités d'un travail n'occasionnant pas des efforts physiques lourds.
16. Dans un rapport du 19 février 2003, le Dr C_____ a confirmé qu'une activité n'impliquant pas une mobilisation de la nuque était envisageable pour l'assuré.
17. Dans son rapport intermédiaire du 31 mars 2003, ce médecin traitant a précisé que la capacité de travail théorique comme manœuvre s'élevait à 50%, mais qu'elle n'avait jamais pu être mise en valeur, à la fois par l'attitude de l'assuré et pour des raisons professionnelles. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%.
18. Invité à se déterminer suite à l'opposition formée par l'assuré le 2 août 2002, complétée le 12 septembre 2002, la SUVA a requis un second avis du Dr D_____, de sa Division de médecine des accidents. Il découle de son rapport du 22 mai 2003 qu'aucun élément objectif ne plaidait en faveur d'une évolution défavorable, seule la question d'un trouble psychosomatique entrait en ligne de compte.

19. Par décision sur opposition du 27 mai 2003, la SUVA a confirmé sa décision du 12 juillet 2002.
20. Par acte du 31 août 2003, l'assuré a déposé recours contre la décision de la SUVA auprès du Tribunal de céans qui l'a enregistré sous la cause n° A/1633/2003 LAA.
21. L'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle du 5 avril au 2 mai 2004, qui n'a cependant pas permis de déterminer objectivement ses capacités. Dans leur rapport du 5 mai 2004, les maîtres de la réadaptation du COPAI n'ont pas su déterminer si les insuffisances qu'ils avaient constatées lors du stage, relevaient de l'assurance invalidité. Ils ont dès lors préconisé un complément d'information sur le plan médical.
22. Le Dr E_____, médecin répondant du Centre d'intégration professionnelle, a mentionné dans sa note du 8 mai 2004 qu'en dépit des séquelles douloureuses permanentes cervicales, accompagnées de vertiges positionnels et rotatoires dont se plaignait l'assuré, aucune lésion organique grave n'avait pu être mise en évidence. Il a également recommandé que le dossier existant soit complété par un bilan psychiatrique.
23. Sur mandat de l'OCAI, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique en date du 25 août 2004. Psychiatre du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), la Dresse F_____, a établi son rapport d'examen psychiatrique le 1er septembre 2004. Elle a conclu à l'absence de maladie psychiatrique ou de co-morbidité psychiatrique. Sur ce plan, la capacité de travail était totale dans l'activité habituelle.
24. Dans son avis médical du 16 septembre 2004, le Dr G_____ du SMR a fait siennes les conclusions de la Dresse F_____ et a souligné que les limitations présentées lors des mesures professionnelles ne relevaient pas de l'assurance invalidité. Dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux, la capacité de travail était complète.
25. Par jugement du 21 septembre 2004 (ATAS/759/2004), le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré relatif à l'assurance accident. Il a été estimé qu'au-delà du 31 juillet 2002, il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident et les troubles physiques.
26. Par acte du 28 octobre 2004, l'assuré a interjeté un recours au Tribunal fédéral des assurances contre l'arrêt cantonal cité.
27. Par décision du 15 février 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, au motif que ce dernier présentait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux. Or, de la comparaison des revenus

avant et après invalidité, découlait un degré d'invalidité de 16% n'ouvrant pas droit à une rente.

28. Annulant sa décision du 15 février 2005, l'OCAI a, par décision du 14 mars 2005, refusé derechef toute prestation, pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans sa précédente décision.
29. Par écriture du 2 mai 2005, complétée par celle du 14 octobre 2005, l'assuré a formé opposition à la décision de l'OCAI précitée. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2001 et cela pour une durée indéterminée. Il a contesté le degré d'invalidité de 16% que l'OCAI lui avait reconnu, se prévalant du rapport du 18 mai 2004 du stage COPAI ainsi que de l'avis de son médecin traitant qui considérait que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'accident du 3 février 2001.
30. Par arrêt du 27 octobre 2005 (U 389/04), le Tribunal fédéral des assurances a annulé le jugement de l'instance cantonale afférent à la suppression des prestations de la SUVA. Il a considéré que les considérations médicales des Drs B _____ et D _____ apparaissaient insuffisantes pour justifier à elles seules la suppression du droit du recourant aux indemnités journalières. Il a renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise psychiatrique, et nouvelle décision.
31. Par décision du 4 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition au motif que la faiblesse des rendements produits par l'assuré au cours du stage d'observation professionnelle reposaient sur des éléments ne relevant pas de l'assurance invalidité et que l'examen médical du 25 août 2004 effectué par le Dr F _____ montrait que le recourant ne présentait aucune pathologie ou comorbidité psychiatrique. C'était à juste titre que l'office avait procédé à une évaluation théorique de l'invalidité aboutissant à un taux d'invalidité de 16 %. Ce taux était d'ailleurs surévalué dans la mesure où le technicien en réadaptation professionnelle avait procédé à l'abattement maximal du salaire d'invalidé autorisé par la jurisprudence fédérale, soit 25%.
32. Par écriture du 7 juin 2006, le recourant interjette recours contre la décision du 4 mai de l'OCAI. Il conclut au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2001. Il fait valoir que son état de santé s'est détérioré depuis l'accident du 3 février 2001. A l'appui de ses conclusions, il indique qu'il a été victime d'un accident de circulation de type "coup de lapin". Suite à cet accident, il n'a jamais retrouvé sa capacité de travail pleine et entière. En raison de douleurs persistantes en relation directe avec l'accident, il a échoué dans sa tentative de reprise de son activité professionnelle au mois de mai 2001. Les certificats médicaux versés au dossier attestent de la détérioration de son état de santé jusqu'à sa stabilisation en

2003. Bien que la question du lien de causalité ne soit pas déterminante dans le domaine de l'assurance-invalidité, l'intimé ne pouvait nier ce lien.

33. Dans sa réponse du 4 juillet 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il renvoie aux pièces du dossier et à son argumentation développée dans la décision querellée.
34. Par courrier du 20 septembre 2006, le Tribunal de céans a interpellé la SUVA et requis que cet assureur-accidents lui communique une copie de l'expertise ordonnée par le Tribunal fédéral des assurances ainsi que son éventuelle nouvelle décision.
35. Comme requis, le 26 septembre 2006 la SUVA a adressé au Tribunal de céans copie de sa (nouvelle) décision du 13 septembre 2006 ainsi que le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 27 juin 2006 du Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après: CEMed) qui l'avait fondée. Dans la décision citée, la SUVA a retenu que le recourant ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 3 février 2001 au-delà du 31 juillet 2002 raison pour laquelle l'assureur avait été en droit de mettre un terme à ses prestations au 31 juillet 2002. Dite décision se fondait sur l'expertise menée par le Dr H_____, neurologue, et par le Dr I_____, psychiatre, qui ont examiné le recourant le 25 avril 2006. Sur le plan neurologique, les experts n'ont pas constaté de déficit. Le tableau douloureux du recourant ne se fondait sur aucune anomalie structurelle. Sur le plan psychique, il existait un syndrome anxio-dépressif mixte (F 41.2 de la CIM-10), qu'ils qualifiaient d'indépendant et de léger. Enfin, de l'avis de ces experts, la capacité de travail du recourant était entière, ce dernier ne présentant pas de limitations neurologiques, ni psychiques. Au surplus, les troubles psychiques mineurs pouvaient être améliorés si l'assuré se prenait davantage en charge.
36. Invité à se déterminer, l'OCAI a indiqué dans son courrier du 20 octobre 2006 que les documents de la SUVA confirmaient l'absence d'atteinte à la santé physique ou psychiatrique susceptible d'expliquer une quelconque incapacité de travail, et ce y compris dans sa profession de manœuvre dans le bâtiment aux dires mêmes des experts du CEMed. Ces documents abondaient ainsi dans le sens de la décision querellée.
37. Pour sa part, dans son courrier du 25 octobre 2006, le recourant a indiqué qu'il avait formé opposition à l'encontre de la décision du 13 septembre 2006 de la SUVA selon acte du 16 octobre 2006 annexé audit courrier. Il souligne que les conclusions du rapport commandé par la SUVA sont contestées, raison pour laquelle il sollicite qu'une expertise soit réalisée par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital cantonal de Genève, lequel l'avait déjà examiné en 2002.

38. Le 30 octobre 2006, le Tribunal de céans a transmis ce courrier à l'intimé qui n'a pas formulé d'observations.

39. Sur quoi, 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 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

2. 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 4 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et 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. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours. La décision sur opposition du 4 mai 2006 ayant été notifié le 8 mai 2006 au recourant (cf. art. 38 al. 1 LPGA), le délai court jusqu'au 7 juin 2006. Le recours du même jour a, par conséquent, été formé en temps utile. Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur le droit à une rente 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. 7, 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

c) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

d) 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré. 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. Il sied également de relever qu'en ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé la SUVA, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine malade qui n'engagent pas la responsabilité de cet assureur-accidents.

Dans le cas particulier, la SUVA a rendu une décision le 13 septembre 2006. Celle-ci n'est toutefois pas entrée en force, le recourant ayant formé opposition le 16 octobre 2006. Dès lors, on ne se trouve pas dans la situation où l'office AI devrait se laisser opposer la présomption de l'exactitude d'une quelconque évaluation de l'invalidité effectuée par l'assureur-accidents.

7. a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI 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. En revanche, 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 4^{ème} 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).

b) 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).

c) Le revenu d'invalidé 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).

d) 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.

e) 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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

8. En ce qui concerne le droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins

pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

9. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). 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 les références). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

c) 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).

d) 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).

e) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

10. En l'espèce, le recourant conteste le refus de rente d'invalidité, alléguant que son état de santé s'est aggravé depuis son accident du 3 février 2001, ce qui ne lui permet plus de travailler ni comme manœuvre, ni dans toute autre activité.

Pour déterminer si l'état de santé du recourant justifie une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité, il convient de se référer en priorité à l'expertise bi-disciplinaire menée pour la SUVA par les Drs H_____ et I_____ en avril 2006. Cette expertise constitue non seulement le document médical le plus détaillé versé récemment au dossier mais le Tribunal fédéral a estimé qu'elle était indispensable pour déterminer avec suffisamment de précision l'évolution des atteintes dont souffrait l'assuré.

Au préalable, le Tribunal de céans relèvera que lesdits experts ont rendu leur rapport après avoir analysé et résumé les dossiers médical et administratif, recueilli les plaintes du recourant, et s'être livrés à une anamnèse détaillée.

Sur le plan somatique, les experts n'ont retenu que des contractures musculaires, douloureuses intéressant l'ensemble du scalp, la jonction cervico-occipitale, la région dorsale haute et la ceinture scapulaire. Toutefois, aucune anomalie traduisant un syndrome radiculaire ou des lésions osseuses significatives sous-jacentes n'avaient pu être mises en évidence. Ce n'est qu'un mois suite à l'accident que des paroxysmes douloureux associés à un état de nervosité, une asthénie et des troubles du sommeil sont apparus. Les traitements proposés se révélant inefficaces, son état

est demeuré stationnaire. Selon les médecins, ce développement en deux étapes plaide en faveur d'un développement d'éléments secondaires engendrant une accentuation de son tableau douloureux. Toutefois, cette accentuation n'est pas organiquement objectivable.

D'un point de vue neurologique, il n'y a aucun déficit.

Sur le plan psychique, les médecins ont diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) de la CIM-10, constituant une atteinte légère et indépendante.

Ses plaintes de type syndrome "post-commotionnel" (maux de tête, vertiges et nervosité) ne pouvaient avoir de substrat organique plus de six ans suite à l'accident. Ce syndrome avait duré pendant une période de 6 à 18 mois tout au plus. Par la suite, la persistance de plaintes était à mettre sur le compte du contexte particulier de l'assuré (absence d'activité lucrative pendant dix ans, manque d'intégration dans le pays d'accueil, bénéfices "secondaires" sociaux et financiers). Les experts ont souligné que le recourant n'avait pas été victime d'un état de stress post-traumatique ni d'atteintes psycho-organiques pouvant provoquer et entretenir un état dépressif. De toute manière, un trouble dépressif réactionnel ne pouvait perdurer qu'au maximum deux ans au-delà d'un facteur de stress particulièrement pénible, ce que l'accident du recourant ne pouvait constituer.

De l'avis des experts, les plaintes de l'assuré ne correspondent ainsi pas à un trouble psychique déterminé. Ils constatent qu'elles n'ont d'ailleurs guère de répercussions fonctionnelles familiales. Selon les experts, la persistance des plaintes doit être attribuée aux facteurs psychosociaux et socioculturels cités. L'interruption des prestations financières de l'Hospice général (en 2005) avait également pu contribuer à l'état anxio-dépressif actuel.

Les experts ont préconisé l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques, une activité physique régulière, aux fins notamment d'élever le seuil de sensibilité à la douleur. Il ont déconseillé un traitement psychiatrique, l'assuré n'étant pas réceptif à l'idée.

Sur le plan psychique, les experts ont émis un pronostic favorable mais conditionné par la capacité du recourant de renoncer à un comportement dépendant dans lequel il s'était installé depuis l'accident de 2001. Il était par conséquent impossible d'en évaluer la durée.

Les experts ont conclu qu'en l'absence d'une limitation significative, la capacité de travail du recourant était objectivement complète et ce même dans son ancienne activité de manœuvre.

Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du CEMed du 27 juin 2006 répond aux exigences jurisprudentielles susmentionnées permettant de lui

reconnaître pleine force probante. En effet, les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont claires et détaillées. Bien que dans un premier temps chaque spécialiste se soit déterminé de son côté, ils ont par la suite procédé à une appréciation globale du cas en tenant compte des deux expertises et de l'ensemble des pièces du dossier. Le rapport se fonde sur un examen neurologique et psychiatrique. Les conclusions des experts sont bien motivées, ils arrivent à des résultats convaincants. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette expertise est donc complète, claire et bien motivée.

A ce titre, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Par conséquent, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions des experts du CEmed, selon lesquels la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée, voire même dans son ancienne activité de manœuvre.

Au surplus, contrairement à ce qu'allègue le recourant, les conclusions des experts cités sont confirmés par les autres pièces versées au dossier.

Il découle notamment des rapports des Drs B_____, C_____, A_____, ainsi que des examens radiologiques et de résonance magnétique sur lesquels ils s'appuient, que l'assuré ne souffre que d'un syndrome cervical douloureux consécutif à son accident, sans qu'aucune lésion organique n'ait pu être mise en évidence.

Tout comme le médecin traitant, les Drs F_____ et G_____ du SMR et le Dr B_____, de l'assurance-accidents, ont également considéré que l'assuré pouvait raisonnablement exercer une activité adaptée à plein temps, dès la mi-2001.

Les conclusions des maîtres de la réadaptation à l'issue du stage COPAI qui s'est déroulé du 5 avril 2004 au 2 mai 2004 ne sont en outre pas propres à mettre en doute la capacité de travail résiduelle que ces médecins - dont le médecin traitant de l'assuré - lui ont reconnu.

En particulier, les maîtres de la réadaptation (rapport du 18 mai 2004) ont relevé que le stage n'avait pas permis d'établir des conclusions définitives et utilisables. Selon eux, il existait une probabilité selon laquelle la faiblesse des rendements

produits au cours de ce stage reposait sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité ce qu'il convenait de vérifier par un complément d'instruction médicale, en particulier par un examen psychiatrique, le Dr E _____, médecin-conseil du CIP, abondant d'ailleurs également dans ce sens.

L'examen psychiatrique effectué par le Dr F _____ a confirmé l'absence de pathologie ou de co-morbidité psychiatrique. Des facteurs sans lien avec l'assurance-invalidité prédominaient le tableau douloureux du recourant et expliquaient les raisons pour lesquelles ce dernier n'avait pas repris d'activité à ce jour.

A l'encontre de ces pièces, le recourant entend faire prévaloir l'avis du médecin traitant. Selon le recourant, ce médecin atteste une évolution défavorable de l'état de santé qui se serait par la suite stabilisée au point qu'il ait été dans l'impossibilité de retrouver sa capacité de travail.

Or, force est de constater que, depuis la mi-2001, le médecin traitant - qui 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 - atteste lui-même d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux. Le recourant ne désigne d'ailleurs pas précisément un rapport en particulier duquel il déduit ces conclusions.

Enfin, comme l'indique le recourant lui-même, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la prise en charge des séquelles qui s'ensuivent est une problématique propre à l'assurance accidents, sans pertinence dans le contexte de l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité de l'AI. En conséquence, il n'y a pas lieu de l'examiner.

En conclusion, il convient dès lors de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du CEmed qui ne font que confirmer les conclusions des rapports sectoriels et limités des différents médecins, notamment le médecin traitant du recourant, consultés depuis l'accident.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de la capacité de travail du recourant, jugée complète au plan somatique dans une activité légère et adaptée du moins, ne puisse plus raisonnablement être exigée de lui. Aussi, c'est à juste titre que l'OCAI lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une telle activité au moins.

11. En dernier lieu, s'agissant de la comparaison de revenus à laquelle a procédé l'OCAI - dont les bases de calcul ne sont d'ailleurs pas contestées par le recourant - le Tribunal de céans souligne qu'elle lui a été particulièrement favorable. Ce dernier a en effet bénéficié d'un abattement sur le salaire de 25%, soit la déduction globale

maximal admis par la jurisprudence. Or, celle-ci est réservée aux cas exceptionnels - dont le cas d'espèce ne fait pas partie.

12. Pour tous ces motifs, le recours, mal fondé, doit être rejeté.
13. Aucun émolument ne sera perçu, le présent recours ayant été interjeté avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} août 2006, de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. chiffre II des dispositions transitoires de la modification du 16 décembre 2005).

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

Statuant

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.

La greffière

La présidente

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Marta TRIGO TRINDADE LAURIN

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