

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2234/2005

ATAS/784/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 12 septembre 2006

En la cause

Monsieur S _____, domicilié LE LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS
Elisabeth

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS DOGNON, Présidente; Juliana BALDE et Maya CRAMER,
Juges**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, né le 1966 au Portugal, de nationalité portugaise, est marié, père de trois enfants, dont deux mineurs.
2. Depuis l'âge de onze ans, il a travaillé comme manoeuvre sur des chantiers, activité qu'il a poursuivie lors de son arrivée en Suisse en mars 1986. Il a été engagé par l'entreprise X _____ SA comme maçon du 9 avril 1990 jusqu'à son incapacité totale de travail le 16 septembre 1997, provoquée par un épisode aigu de lombalgie, lié au soulèvement d'une charge. Il avait auparavant connu des lombalgies chroniques depuis 1992, sans épisode aigu, avec des arrêts de travail itératifs.
3. Le Dr A _____, médecin traitant de l'intéressé jusqu'au 29 octobre 1998, a posé le diagnostic de double discopathie L4-L5 et L5-S1, entraînant une incapacité de travail totale chez son patient dès le 16 septembre 1997, selon rapport du 3 avril 1998. Il estimait que l'état de santé de celui-ci était susceptible d'amélioration et qu'un travail sans port de charge lourde lui était adapté. L'incapacité de travail a depuis lors été régulièrement confirmée par certificats médicaux.
4. Le Dr B _____ a posé le diagnostic de double hernie discale L4-L5 et L5-S1 selon scanners des 23 octobre 1997 et 4 février 1999.
5. Le Dr C _____, neurochirurgien, a vu l'intéressé le 11 novembre 1997 et a posé le diagnostic d'une double discopathie L4-L5 et L5-S1 confirmée par IRM, sans hernie discale. Il a proposé une rééducation axée sur la posture et le renforcement musculaire, ainsi qu'une reconversion par le biais de l'assurance-invalidité compte tenu de la nécessité pour l'intéressé de renoncer à sa profession de maçon. En dernier lieu, il a envisagé une spondylodèse des deux derniers segments.
6. L'intéressé a déposé, le 9 janvier 1998, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI) visant une orientation professionnelle, un placement et une rente.
7. Du 7 au 22 juillet 1998, il a été hospitalisé en raison d'un probable accident ischémique transitoire (AIT) (accident vasculaire cérébral). Il n'y a pas eu récurrence d'AIT ni de symptomatologie suggestive d'un problème neurologique par la suite, mais des céphalées intermittentes, pour lesquelles la prise de Celebrex a été prescrite.

Le Dr D _____, chef de la Polyclinique et "établissements hospitalier" de neurologie, a suivi en consultation l'intéressé d'octobre à décembre 1998 suite à son AIT. Il a relevé des céphalées de tension pour lesquelles la prise de Tryptisol était efficace. L'intéressé a arrêté la prise de ce médicament, sans se souvenir depuis

quand et pourquoi. Ce spécialiste a par ailleurs relevé, le 20 octobre 1998, que l'intéressé n'avait plus présenté de symptôme sur le plan neurologique depuis son hospitalisation en juillet 1998.

8. A l'occasion de cette hospitalisation, une hépatite C aiguë a été mise en évidence, de même qu'un foramen ovale perméable. Une consommation excessive d'alcool, depuis lors arrêtée, a été détectée, sans lien avec l'hépatite C. Le Dr E _____, de la Division de Gastroentérologie des "établissements hospitalier", a effectué des contrôles hépatiques durant plusieurs mois sur l'intéressé. En janvier 1999, le test effectué s'est révélé négatif, confirmé par un second test en avril 1999, de sorte que ce spécialiste a conclu à une hépatite aiguë d'origine virale C, probablement guérie.
9. Un prolapsus discoligamentaire et une discopathie aux étages L4-L5 et L5-S1 ont été confirmés par scanner du 9 novembre 2000, pratiqué par le Dr C. V _____.
10. Le 12 décembre 2001, le Dr F _____, nouveau médecin traitant, a estimé que son patient ne pouvait pas reprendre son activité de manœuvre, ni tenter une reconversion vu ses multiples pathologies, son travail de manœuvre et son niveau socioculturel. Il a précisé que si la double hernie discale L4-L5 et L5-S1, diagnostiquée par son prédécesseur, les céphalées de tension - dont la fréquence avait diminué - et le status post-AIT avaient des répercussions sur la capacité de travail de son patient, tel n'était pas le cas de l'hépatite C ni du status post-hépatite aiguë. Il notait une alternance des périodes de rémission et de péjoration du syndrome lombaire.
11. Par note du 15 mars 2002, le Dr G _____, médecin conseil de l'assurance invalidité, a retenu des protusions lombaires et écarté le diagnostic de double hernie discale aux vus des examens antérieurs.
12. Le 13 avril 2002, le Dr H _____ du service médical régional AI LEMAN (ci-après SMR LEMAN), a considéré que s'il pouvait être admis que l'activité de maçon n'était pas idéale en raison des lombalgies récidivantes, il fallait admettre une pleine capacité de travail chez l'assuré dans une activité adaptée, les pathologies hépatique et neurologique ne devant pas être limitatives (récupération complète). Le problème du milieu socioprofessionnel n'était pas, selon lui, du ressort de l'assurance invalidité.
13. Depuis novembre-décembre 2002, l'intéressé souffre de cervicalgies gauches à raison de trois ou quatre épisodes par mois.
14. Faisant suite à la demande du SMR LEMAN du 29 janvier 2003, le Dr I _____, rhumatologue, a procédé à une expertise. Sur la base de deux entretiens avec l'assurée et des documents versés au dossier de l'assurance-invalidité, cet expert a rendu son rapport le 16 juin 2003. Ainsi, socialement,

l'assuré mène une vie sédentaire, bien réglée. L'épouse a cessé toute activité professionnelle en 2003 en raison de lombalgies, de céphalées et d'état dépressif. Le couple s'entend bien, n'a pas d'amis et invite rarement quelqu'un à domicile. L'assuré reste la journée à la maison, regardant la télévision, mais va chercher son fils à l'école à 11h30 et parfois, en compagnie de son épouse, à 16h. Il sort parfois s'asseoir sur le banc du parc en cas de soleil l'après-midi. S'agissant des problèmes médicaux, les status après AIT, hépatite virale C, foramen ovale, céphalées de tension et cervicalgies ne motivent pas, selon l'expert une incapacité de travail. Sur ce dernier point, les examens pratiqués n'ont pas démontré de cervicobrachialgie ni d'irritation radiculaire. Il n'y a de même pas de syndrome du défilé thoracique. Pour l'expert, le problème principal, tant du point de vue anamnestique que clinique est celui des lombalgies. Il ne retient pas d'hernie, mais des protusions et des discopathies dégénératives. Si la profession de maçon n'est plus exigible pour l'assuré, avec un taux d'incapacité de 100%, une activité professionnelle adaptée pourrait être exercée à 100 %. Les limitations fonctionnelles concernent à son avis essentiellement le rachis lombaire, de sorte qu'il convient d'éviter pour l'intéressé le port de charges au-dessus de 10 kg, la flexion antérieure, le port de charges en flexion antérieure, l'orthostatisme et la position assise prolongée, les mouvements de rotation du rachis. Il préconise une physiothérapie active et le port d'un lombostat plus rigide que celui porté par le patient. Il ne conçoit pas d'option chirurgicale. S'agissant d'une profession adaptée, l'expert retient, d'un point de vue théorique, des petits travaux, de la petite mécanique, un travail de gardien ou de surveillance, voire des travaux simples de nettoyage en faisant attention de ne pas exiger un orthostatisme et une position assise prolongés.

15. Le rapport d'examen du SMR Léman du 18 août 2003, sous la plume du Dr J. H_____, conclut au caractère suffisamment bien étayé de l'expertise menée par le Dr I_____ pour admettre chez l'assuré, dès le 16 septembre 1997, une totale incapacité de travail en tant que maçon ou toute autre activité lourde et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec comme limitations fonctionnelles, des positions statiques assis-débout prolongées, le port de charges répétés au-delà de 10 à 15 kg et le porte-à-faux.. Il retient comme atteinte principale à la santé les lombalgies chroniques, avec discopathie L4-L5, L5-S1 (M54.5) et comme diagnostics associés ne relevant pas de l'assurance-invalidité, le status après hépatite C aiguë en juillet 1998, guérie, les cervicalgies et céphalées de tension. Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation "théoriquement depuis début 1999", soit six mois après l'hépatite C aiguë et l'AIT.
16. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a demandé la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle sur quatre semaines afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré et de déterminer concrètement les activités possibles et les rendements attendus.

17. L'assuré a suivi un stade d'observation professionnelle de type COPAI du 26 janvier au 22 février 2004 au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP).

Selon le rapport du CIP du 15 mars 2004, la capacité de travail (physique) de l'assuré varie en fonction de la durée et de l'intensité des activités, mais reste difficilement exploitable en raison de l'attitude très démonstrative et plaintive de l'assuré. Les positions debout et assise ne sont pas tenues plus de 15 et respectivement 30 minutes, sans que l'assuré ne montre des signes d'inconfort. Dans l'atelier, le rendement moyen des travaux sériels en position assise est de l'ordre de 40%, mais sur de courtes périodes, le rendement peut atteindre 80% dans des activités d'une durée de deux à trois heures au maximum, pour une production d'une exceptionnelle qualité. Le CIP considère qu'une reprise d'activité n'est en l'état pas envisageable et demeure théorique. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré sont compatibles avec un emploi pratique et de précision en entreprise. Sont relevées une autonomie certaine de l'assuré dans la compréhension des tâches à exécuter, une curiosité naturelle et une envie de faire bien. De telles capacités d'adaptation se heurtent cependant aux difficultés d'intégration, liées à l'attitude trop démonstrative de l'intéressé, non compatible avec un emploi dans un circuit économique normal. Selon le CIP, l'assuré est, au moment de l'observation, inapte au reclassement, de manière provisoire. La reprise progressive d'une activité est préconisée (APAIL, ateliers protégés), afin d'aider l'assuré à reprendre confiance en lui, mesure qui nécessite l'adhésion complète de l'assuré. A noter que l'entretien final n'a pu être mené en raison des absences fréquentes de l'assuré, ainsi que de ses arrivées tardives. Selon ce rapport, la fiche d'information médicale signale que les dorsolombalgies évoluent en syndrome douloureux chronique.

Dans son rapport final du 15 mars 2004, le COPAI conclut à l'inobservabilité de l'assuré. Il retient une capacité résiduelle de travail théorique, même si elle n'a pu être quantifiée en raison du caractère plaintif et démonstratif de l'intéressé, capacité qui devrait permettre une réinsertion dans le circuit économique.

Dans son rapport du 6 mars 2004, le Dr J_____ a confirmé chez l'intéressé une capacité complète, pour toute activité légère ne soumettant pas le rachis lombaire à des contraintes trop marquées. Bien que, selon lui, l'assuré reste convaincu de ne pouvoir reprendre d'activité avec les symptômes présentés, il a soutenu le projet d'une reprise très progressive d'une activité, dans un milieu stimulant et valorisant.

18. Par décision du 10 août 2004, l'OCAI a reconnu à l'intéressé un droit à une rente entière du 16 septembre 1998 au 30 avril 1999. Pour la période postérieure, se fondant sur le rapport de l'expert, il a estimé le degré d'invalidité à 9,5%, soit un taux insuffisant pour le maintien du droit à la rente. Ce taux résultait de la comparaison du salaire horaire annuel en 1998 de 57'590 fr. et du revenu brut

annuel sans invalidité de 52'119 fr. résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), comprenant une réduction supplémentaire de 10%.

19. Le 22 septembre 2004, l'assuré a fait opposition de cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. A l'appui de ses conclusions, il a demandé à ce que l'OCAI requiert une expertise visant à déterminer la cause et l'étendue ses douleurs, ainsi que l'évaluation de ses limitations fonctionnelles. Il a en outre discuté la comparaison des revenus faite par le rapport de division de réadaptation professionnelle repris par l'OCAI.
20. Dans le cadre de cette opposition, à la demande de l'assuré, le Dr K_____, neurologue, a attesté le 27 septembre 2004, que la fréquence des crises de céphalées que présentait l'assuré était à mettre en relation avec la consommation excessive de café.
21. Prenant position sur l'opposition de l'assuré, le Dr L_____, du SMR Léman, a considéré le 1^{er} novembre 2004, que la demande de celui-là relative à une expertise était inutile, car un tel travail a déjà été fait par l'expert.
22. Par rapport du 4 février 2005, la division de réadaptation professionnelle a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et retenu un degré d'invalidité de 16%, résultant de la comparaison entre le salaire horaire annuel en 1998 de 57'590 fr. et le revenu brut annuel sans invalidité de 48'284 fr. selon l'ESS, après une diminution de 10% tenant compte chez l'assuré des limitations liées au port de charge et positions statiques prolongées.
23. A la demande du médecin traitant de l'assuré, les Dr M_____ (chef de clinique), N_____ (médecin adjoint) et O_____ (médecin cheffe de clinique et consultante pour la psychiatrie de liaison), du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève, ont vu l'assuré à deux reprises en raison d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux en mars et avril 2005. Leur rapport médical du 18 avril 2005 décrit le patient comme triste, présentant des troubles du sommeil avec réveils précoces, rumination anxieuse, inquiétude pour l'avenir et difficulté à accepter la situation. Il n'a pas d'idées suicidaires et dit se battre pour permettre à ses enfants d'avoir une vie acceptable. L'état anxio-dépressif paraît au premier plan, avec des troubles du sommeil concomitants. Les médecins préconisent un suivi spécialisé par un psychiatre afin de diminuer sa focalisation sur la symptomatologie douloureuse, ainsi que la prise de trimipramine.
24. Par décision sur opposition du 23 mai 2005, l'OCAI a maintenu sa décision du 10 août 2004, constatant que l'assuré conservait une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, lui reconnaissant toutefois un degré d'invalidité de 16%. Il a confirmé la suppression du droit à la rente dès le 1^{er} mai 1999 et l'absence

de droit à des mesures professionnelles. Il a précisé que le SMR Léman, dans son avis du 18 août 2003, se ralliait aux conclusions de l'expert I _____ et retenait une capacité résiduelle de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré et ce à compter de début 1999, soit six mois après l'hépatite C aiguë et l'AIT de juillet 1998.

25. En date du 24 juin 2005, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal) contre la décision sur opposition. Il conclut, préalablement, à une nouvelle évaluation de sa capacité de gain et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles. Il soutient qu'il est arbitraire de dissocier sa capacité de travail théorique et les souffrances qu'il ressent. A cet égard, il relève que l'expert ne se prononce pas sur la gestion de ses douleurs dans le cadre d'une activité, compte tenu du fait qu'il ne peut rester dans une même position plus de trente minutes, ce qui a été relevé lors du stage COPAI. Le rapport du stage démontrerait encore qu'il peut travailler trois heures au maximum d'affilée avec un rendement rendu inexploitable par des arrêts trop fréquents et trop longs.
26. A l'appui de son recours, il produit une attestation du Dr P _____, son nouveau médecin traitant, daté du 16 juin 2005, qui retient un état anxio-dépressif avec trouble somatoforme douloureux chronique, des lombosciatalgies sur hernie discale L4-L5 et une intolérance génétique à de multiples médicaments rendant la thérapie difficile. Les facteurs de co-morbidité sont une hépatite C chronique, une prostatite chronique, un calcul rénal en octobre 2004, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en septembre 2004 et un status post accident vasculaire cérébral régressif en 1998.
27. Par réponse du 10 juillet 2005, l'OCAI considère que les arguments invoqués par le recourant, portant sur les douleurs ressenties, les céphalées et l'état anxio-dépressif avec trouble somatoforme douloureux, ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas. Sur le troisième point, il relève qu'il s'agit d'un nouvel élément postérieur à sa décision sur opposition, car mis en évidence par certificat du 16 juin 2005, et qu'en outre le médecin signataire n'explique pas pourquoi ce diagnostic devrait être retenu alors qu'aucun médecin ne l'avait mentionné auparavant.
28. Par ordonnance du 16 juillet 2005, le Tribunal a invité le recourant à se prononcer sur la recevabilité du recours.

Ce dernier a répondu par lettre du 27 juillet 2005, mettant en évidence une mauvaise distribution du courrier, en raison d'une adresse inexacte.

Le Tribunal a indiqué aux parties, par courrier du 4 août 2005, que la question de la recevabilité serait tranchée avec le fond, sur la base des explications ainsi recueillies.

29. L'assuré a été entendu par le Tribunal en date du 20 septembre 2005. A l'issue de l'audience, après avoir relevé la motivation de l'assuré et l'accord des deux parties, le Tribunal a ordonné la mise en place d'un stage de réentraînement au travail et a prononcé la suspension de la cause.
30. L'instance a été reprise par ordonnance du 23 mars 2006, car le stage d'intégration professionnelle, prévu pour trois mois dès le 20 février 2006, n'a pu avoir lieu en raison de l'absence de l'assuré.

A ce sujet, le conseil de l'assuré a expliqué, par courrier du 3 avril 2006, que son client avait dû retarder ce stage en raison d'une hospitalisation au Service de rhumatologie des "établissements hospitalier" du 23 novembre au 6 décembre 2005, puis avait finalement dû interrompre le stage commencé le 20 février 2006, dès le premier jour déjà pour raison de santé, attesté par certificat médical. Il a ensuite été hospitalisé à la "établissements hospitalier" de Montana du 27 mars au 7 avril 2006. Par ce courrier, l'intéressé persiste dans ses conclusions, estimant toutefois qu'une nouvelle expertise est nécessaire et sollicite un délai de trois mois pour produire le rapport médical de la clinique précitée ainsi qu'un rapport de son nouveau médecin psychiatre.

En annexe de ce courrier, est produit le rapport du service de rhumatologie du 9 décembre 2005 confirmant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chez le recourant, constaté lors de son hospitalisation. Signé par les Dr Q_____, cheffe de clinique au Service de Rhumatologie des "établissements hospitalier" de Genève, et R_____, médecine interne, il indique la présence entre 10 et 12 points de fibromyalgie. L'étude d'un IRM pratiqué en juillet 2005 montre par ailleurs un canal lombaire étroit congénital mais sans aucune décompensation ni conflit radiculaire. Ce rapport mentionne un état dépressif en aggravation progressive depuis une année en probable lien avec un conflit pour l'obtention de l'AI. L'assuré a émis le souhait d'un suivi psychothérapeutique, mais n'a pas souhaité de physiothérapie en piscine ou à sec.

31. Par pli du 4 mai 2006, l'intéressé a remis au Tribunal copie du rapport médical de la "établissements hospitalier" genevoise de Montana, sous la plume des Drs S_____ (médecine interne et psychosomatique) et T_____ (médecine interne), communiqué à l'OCAI le 8 mai 2006. Le diagnostic principal consiste en un trouble somatoforme douloureux, depuis huit ans, avec, comme facteurs de comorbidité, un trouble dépressif récurrent, un épisode actuel moyen avec somatisation, des céphalées mixtes, migraineuses et tensionnelles, un déficit du CYP 2D6 et une ancienne hépatite. L'examen clinique confirme une fibromyalgie (18 points sur 18). Sont également mentionnées des douleurs diffuses, décrites comme épuisantes, effrayantes, oppressantes et angoissantes, aggravées lors de l'activité physique, du maintien prolongé en certaines positions (debout, assis, couché), au même titre que par les soucis, le stress, la fatigue et le manque de

sommeil. Les douleurs sont analysées comme non congruentes avec le verbal. Les tentatives de prise en charge par physiothérapie active ont été mises en échec et parmi toutes les mesures proposées, seules celles visant à aider l'intéressé à verbaliser sa souffrance ont été efficaces.

32. Par ordonnance du 19 mai 2006, le Tribunal a invité le recourant à produire un rapport circonstancié de son médecin psychiatre, en raison du diagnostic de trouble somatoforme douloureux.
33. Le Dr U_____, médecin psychiatre de l'assuré depuis le 20 décembre 2005, a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique, associé à un état dépressif récurrent de sévérité moyenne et à un trouble de personnalité histrionique, sans préciser depuis quelle date. Selon lui, l'état de son patient est stable. Le pronostic psychiatrique de son patient est selon lui mauvais, d'autant que l'observance thérapeutique à la médication anti-dépressive a été documentée comme partielle et/ou irrégulière. Ce psychiatre répond positivement à la question de la perte d'intégration sociale de son patient, sans précision. En ce qui concerne le caractère invalidant des douleurs ressenties par ce dernier, il explique ne disposer d'aucun moyen objectif pour l'affirmer. Il expose que son patient est très démonstratif quant aux douleurs lombaires, que ce soit au niveau verbal ou non verbal. Selon lui, l'intéressé ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses douleurs. Il évoque l'éventuelle nécessité d'une expertise pluridisciplinaire pour estimer les parts respectives des plaintes psychiques et physique sur la problématique douloureuse chronique.
34. Par courrier du 29 juin, l'OCAI s'est prononcé sur le rapport médical précité, estimant qu'une expertise psychiatrique ne se justifiait pas, dans la mesure où le psychiatre faisait état d'éléments largement postérieurs à la décision sur opposition et où, sur le fond, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'était pas réalisé.
35. Après transmission de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger le 6 juillet 2006

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).
2. 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.

3. 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 sur assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

4. La décision sur opposition litigieuse, rendue le 23 mai 2005, est postérieure à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA). En vertu du principe général de droit transitoire selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 455 et les références). Les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière assurance invalidité conservent, en règle générale, leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
5. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. En l'espèce, si la décision sur opposition date du 23 mai 2005, elle n'a cependant été valablement notifiée à l'avocate du recourant, auprès de laquelle existe une constitution de domicile, que le 23 mai 2005. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
6. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente entière de assurance invalidité postérieurement au 30 avril 1999, dans la mesure où un droit à une rente entière lui a été reconnu par l'OCAI du 16 septembre 1998 au 30 avril 1999, point non contesté par le recourant.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle assurance invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction - ou l'abrogation - de cette rente, correspond à une décision de révision au sens des art. 41 LAI - abrogé au profit de l'art. 17 LPGA - (ATFA du 30 avril 2002, I 340/01, consid. 1 et références). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en

vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Il n'en demeure pas moins que c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

Lorsque l'assuré n'entreprend dans son recours que certains aspects d'un tel prononcé, cela ne signifie pas pour autant que les autres éléments non contestés acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen du juge (ATF 122 V 355 consid. 4). Cela découle également des règles de droit matériel applicables quant à l'examen de cette question au fond puisque, selon la jurisprudence rendue en la matière (ATF 109 V 125), il importe d'établir l'existence d'un changement important des circonstances propre à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or, un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre les différents états de faits successifs. Lorsque la suppression des prestations est contestée, ce qui est le cas en l'espèce, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 s.cons. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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

Aux termes de l'art. 25 al.1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (b). Il prend fin, dès qu'on peut s'attendre à ce qu'un changement déterminant propre à supprimer, ou réduire, le droit à la rente au sens de l'art. 41 LAI, a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier

jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge apprécie en outre la légalité des décisions attaquées, sauf exceptions, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b; RAMA 2001 n° U 419 p. 101). 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF cité consid. 3b/bb et cc).

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 cité consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Enfin, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure

et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

Dans le cas d'espèce, l'OCAI a accordé au recourant une rente d'invalidité entière dès le 16 septembre 1998, lui reconnaissant explicitement une incapacité totale de travail dès le 16 septembre 1997, date de l'épisode aigu de lombalgie qui a provoqué l'arrêt de travail du recourant (art. 25 al. 1 LAI). L'OCAI a cependant considéré que ce dernier avait retrouvé une pleine capacité de travail dès la fin janvier 1999, d'où une suppression de la rente fin avril 1999 (art. 88a LAI). Si la décision ne contient aucune précision sur une amélioration de l'état de santé du recourant en janvier 1999, la décision sur opposition mentionne clairement une capacité résiduelle de travail retrouvée six mois après l'hépatite C aiguë et l'AIT de juillet 1998. Si les différents avis médicaux concordent sur le fait que l'accident cardio-vasculaire transitoire de 1998 et l'hépatite C aiguë n'ont pas eu de conséquence durable sur la capacité de travail du recourant, puisqu'il n'y a pas eu de séquelles ou de récurrence, il est incontesté et incontestable que ces affections, couplées à l'épisode aigu de lombalgie de septembre 1997, ont rendu le recourant totalement incapable de travailler de septembre 1997 à janvier 1999, date à laquelle a été constatée la probable guérison spontanée de l'hépatite C aiguë. Cette guérison est une amélioration de l'état de santé du recourant susceptible de justifier la suppression de la rente avec effet en avril 1999 (art. 88a LAI), si les autres affections ne présentent pas un caractère suffisamment invalidant pour ouvrir au recourant un droit à une rente, ce qu'il convient d'examiner.

8. Parmi les autres affections physiques, se trouvent les céphalées, apparues lors de l'hospitalisation de 1998, considérées comme céphalées de tension. Elles ont été intermittentes et ont nécessité un traitement médicamenteux, révélé efficace (Tryptisol, Celebrex). Leur fréquence, relevée en 2002 par le Dr Catherine K_____, était alors liée à la consommation excessive de café. Pour les cervicalgies, les investigations menées n'ont pas démontré de cervicobrachialgie ni d'irritation radiculaire. Il n'y a pas de syndrome du défilé thoracique. Une IRM pratiquée en juillet 2005 montre un canal lombaire étroit congénital mais sans aucune décompensation ni conflit radiculaire. Le problème principal reste, au niveau physique, celui des lombalgies, comme l'a retenu l'expert. Celui-ci ne retient pas d'hernie, mais des protusions et des discopathies dégénératives, à l'instar des Dr G. A_____, ancien médecin traitant, Dr Flavio C_____, Dr C. V_____ et Dr G_____, médecin-conseil de l'AI, ainsi que les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. A l'inverse, les Dr P. F_____ et C. P_____, ancien et nouveau médecins traitants de l'intéressé, ont posé le diagnostic d'hernie discale L4-L5 et L5-S1, confirmée par le Dr B_____. Cette différence de diagnostic n'entraîne cependant pas de divergence sur la capacité de travail du recourant. Celle-ci est en effet considérée par l'ensemble des médecins comme inexistante dans la profession de maçon.

En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une profession adaptée, le Dr A _____ a considéré le 3 avril 1998 qu'un travail sans port de charges lourdes était adapté à l'état de santé de son patient, état susceptible d'amélioration selon lui. A l'inverse, le Dr F _____ a estimé, le 18 avril 2001, que les multiples pathologies de son patient, le travail de manœuvre et le niveau socioculturel celui-ci ne permettaient pas une reprise du travail ou une reconversion, tout en constatant une alternance de périodes de rémission et de péjoration du syndrome lombaire. Il ne se prononce cependant pas en détail sur les limitations fonctionnelles du recourant, à l'inverse du Dr H _____ et de l'expert I _____. Le premier a admis une pleine capacité de travail chez le recourant dans une activité adaptée. Pour le second, dont l'expertise s'est fondée sur un dossier médical complet avec anamnèses familiale, sociale et socioprofessionnelle et examen clinique avec status ostéo-articulaire et examen neurologique, il convient d'éviter pour le recourant le port de charges au-dessus de 10 kg, la flexion antérieure, le port de charges en flexion antérieure, l'orthostatisme et la position assise prolongée, les mouvements de rotation du rachis. Une profession adaptée pourrait être, d'un point de vue théorique, des petits travaux, de la petite mécanique, un travail de gardien ou de surveillance, voire des travaux simples de nettoyage en faisant attention de ne pas exiger un orthostatisme et une position assise prolongés. Les autres médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle du recourant en lien avec les affections physiques perdurant au-delà de janvier 199.

Le stage COPAI du 26 janvier au 22 février 2004 n'a pas permis d'évaluer concrètement la capacité de travail et de gain du recourant sur le marché du travail, en raison du comportement très démonstratif de celui-ci. Le rendement moyen, en atelier, des travaux sériels en position assise a été évalué à 40%, mais, sur de courtes périodes, le rendement a pu atteindre 80% dans des activités d'une durée de deux à trois heures au maximum. Le recourant a constamment montré des signes d'inconfort, a alterné très souvent les positions, ne pouvant rester debout ou assis plus de 15 et respectivement 30 minutes. Dans ces circonstances, une reprise d'activité dans un circuit économique normal n'a pas été jugée envisageable, bien que le recourant ait des capacités d'adaptation, à savoir une autonomie certaine dans la compréhension des tâches à exécuter, une curiosité naturelle et une envie de faire bien. Les maîtres de stage ont retenu une capacité résiduelle uniquement théorique, entière, dans une activité adaptée.

Force est ainsi de constater que les lombalgies mises en évidence par les médecins, sur la base d'investigations médicales suffisantes, qu'elles aient pour origine des protusions ou une hernie peu importante, n'expliquent nullement les douleurs exprimées par le recourant. Ce dernier ne peut se prévaloir des limitations constatées dans le cadre du stage COPAI pour tenter de supplanter l'avis dûment motivé de médecins, plus particulièrement de l'expert, à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur son état de santé et sa capacité de travail

(ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2). Or l'expert a procédé à une évaluation circonstanciée, fondée sur des examens complets. Les plaintes du recourant ont été prises en considération et tant l'anamnèse que la description du contexte médical répondent aux exigences de la jurisprudence en la matière. Les conclusions de l'expert sur une capacité entière dans un emploi adapté ménageant le rachis lombaire sont sans conteste dûment motivées et s'appuient sur des investigations médicales suffisantes (radiographies, IRM, scanners). Dans ces circonstances, et faute d'éléments pertinents contraires, l'OCAI s'est à bon droit fondé sur l'avis de l'expert pour admettre une pleine capacité de travail chez le recourant dans une activité adaptée, compte tenu des affections physiques répertoriées.

Il en découle que l'OCAI, après la mise en évidence d'une guérison spontanée de l'hépatite aiguë et l'absence de récurrence de l'AIT en janvier 1999, était fondé à supprimer au 30 avril 1999 le droit à la rente allouée au recourant, dans la mesure où les lombalgies dont il souffre lui ont laissé une capacité entière dans un emploi adapté, sous réserve d'une atteinte psychique invalidante, objet du point ci-après.

9. L'OCAI ne pouvait faire l'économie de l'examen d'une atteinte psychique à la santé du recourant et de ses conséquences potentiellement invalidantes. Même si le rapport médical du 18 avril 2005 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, qui pose le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux antérieurement à sa décision de refus, pourrait ne pas lui avoir été communiqué, une fiche médicale à disposition des maîtres de stage COPAI, figurant dans le dossier de l'OCAI, mentionne l'évolution des dorsolombalgies en syndrome douloureux chronique. En outre, selon le rapport du 24 avril 2006 des Dr S_____ et T_____, le trouble somatoforme douloureux existe depuis huit ans, de sorte que cette affection n'est pas postérieure à la décision de l'OCAI.

a) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux, tout comme une fibromyalgie, peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 ; ATFA du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt précité, consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants ou les fibromyalgies n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de

la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux ou les fibromyalgies se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, consid. 2.2.3 et références; voir également ATF 127 V 298).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux ou des fibromyalgies (ATF 131 V 50 consid. 1.2; ATF 132 V 65). Il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt précité, consid. 2.2.4. et références).

b) En l'espèce, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé par les Dr M_____, psychiatrie de liaison, N_____, pharmacologie, et A.-F. O_____, psychiatrie de liaison, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, le 18 avril 2005. Ces médecins, dont deux psychiatres, ont indiqué que la symptomatologie douloureuse semblait s'être progressivement étendue pour envahir les quatre membres, après le lumbago de 1997. Ils décrivent le patient comme triste, présentant un état anxio-dépressif au premier plan avec des troubles du sommeil concomitants, sans idées suicidaires. Des céphalées fronto-orbitales sont également présentes. Les Dr Q_____ et R_____ ont mis en évidence, le 9 décembre 2005, des points de fibromyalgie entre 10 et 12 sur 18 et confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les Dr S_____, médecin-chef, et T_____, médecine interne, ont aussi posé, le 24 avril 2006,

le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F 45.4), précisant qu'il avait débuté huit ans plus tôt. L'examen clinique a mis en évidence 18 points de fibromyalgie sur 18 chez le patient, une thymie triste, une fatigabilité, dévalorisation, diminution de l'attention, pessimisme face à l'avenir, baisse de l'estime de soi, mais pas d'idées noires ni d'élément de la ligne psychotique. Enfin, la psychiatre du recourant depuis le 20 décembre 2005 a confirmé à son tour, le 2 juin 2006, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, associé à un état dépressif récurrent de sévérité moyenne et à un trouble de la personnalité histrionique. L'état du patient est à son avis stable.

Ces différents avis médicaux, dont trois émanant de psychiatres, concordent sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, certains y associant une fibromyalgie. Les avis diffèrent cependant sur la date d'émergence de cette affection. Ce point peut rester sans réponse, dès lors que le caractère non invalidant de ce trouble doit être nié, pour les motifs suivants.

Le critère nécessaire de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, développé par la jurisprudence (voir ATF 131 V 50 consid. 1.2), n'est nullement mis en évidence par les médecins consultés. Il en est de même d'un état psychique cristallisé, dans la mesure où le médecin psychiatre du recourant constate que l'observance à la médication thérapeutique anti-dépressive est partielle et/ou irrégulière. En outre, ce médecin ne suit le recourant que depuis quelques mois. Le critère de perte d'intégration sociale ne peut également être retenu. Le dossier ne met nullement en évidence une limitation claire des relations sociales et amicales externes au milieu professionnel du recourant depuis son arrêt de travail. Celles-ci sont certes limitées, mais elles semblent correspondre à un véritable choix du recourant et de son épouse. En outre, celui-là sort quotidiennement, en particulier pour aller chercher son fils à l'école ou s'installer dans le parc en cas de beau temps. Enfin, le recourant a mis en échec ou simplement refusé des prises en charge physiothérapeutiques, de sorte que le critère de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires, en dépit de la motivation ou des efforts de la personne assurée, n'est pas réalisé. Finalement, seul le critère d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable pourrait être admis, critère cependant insuffisant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre qu'on ne puisse exiger du recourant un effort de volonté pour surmonter sa douleur et réintégrer un processus de travail. Le caractère invalidant de l'affection psychique dont souffre le recourant ne peut donc être retenu. Par conséquent, une nouvelle expertise, demandée par le recourant, s'avère inutile.

10. En conclusion, la décision attaquée doit être confirmée en ce qu'elle a reconnu au recourant une rente entière pour la période du 16 septembre 1998 au 30 avril 1999, et doit être confirmée également dans la mesure où elle a nié le droit à la rente pour la période postérieure, reconnaissant au recourant, sur le plan physique, une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée, capacité qui n'est par ailleurs pas limitée par une affection psychique ayant un caractère invalidant.

11. En effet, le calcul de l'invalidité ne conduit pas au droit à une rente. Le recourant estime d'une part que le revenu sans invalidité fondé sur les salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires est une fiction totalement arbitraire, et, d'autre part, qu'une réduction de 25% et non de 10% aurait dû être opérée sur le revenu avec invalidité afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles.

L'intimé a justement pris en considération, comme revenu sans invalidité, le revenu annoncé par l'employeur du recourant pour l'année 1998, avec un treizième salaire, d'un montant de 57'590 fr., ce qui n'est pas contesté. Il a retenu un revenu sans invalidité, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 1998 (TA1), pour une activité simple et répétitive tous secteurs confondus, de 4'471 fr. mensuels ou 53'649 fr. annuels, réduits de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, soit 48'284 fr. La différence des deux revenus laisse apparaître une perte de gain de 9'306 fr., représentant une invalidité de 16%.

L'intimé a justement posé la présomption que le recourant aurait continué l'activité professionnelle qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé auprès de son ancien employeur et a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur le salaire indiqué pour 1998 par ce dernier, à savoir 57'590 fr. En ce qui concerne le revenu d'invalidité du recourant, le Tribunal fédéral admet, contrairement à ce que soutient le recourant, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative - d'évaluer le revenu d'invalidité en se fondant sur les données salariales résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), ainsi que l'a fait l'intimé. La jurisprudence exige alors qu'on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). L'intimé a justement considéré que le salaire de référence est celui de 4'268 fr. par mois ou 51'216 fr. par année, à savoir celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (tous secteurs confondus) - valeur en 1998 - part au 13ème salaire comprise (L'Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, p. 25, Tableau TA1, niveau de qualification 4). Cette estimation correspond bien à l'activité de substitution dans un emploi adapté pour le recourant - évitant des travaux lourds tels que le port de charges de plus de 10 kg, la flexion antérieure et la porte de charges en flexion antérieure, l'orthostatisme et la position assise prolongée, les mouvements de rotation du rachis (rapport d'expertise I _____ du 16 juin 2003). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1998 (41.9 heures, tous secteurs confondus; La Vie économique, 1-2-2006, tablelle

B9.2), ce salaire hypothétique représente un revenu annuel d'invalidé de 53'649 fr. (52'216 fr. x 41.9 : 40), comme l'a calculé l'intimé.

Le recourant critique la réduction de 10% opérée par l'intimé sur le salaire statistique, ramenant le revenu annuel d'invalidé à 48'284 fr. Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires 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 supérieure à 25 % n'est pas admise (ATF 126 V 79 sv. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 sv. consid. 4b). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration; le juge ne peut, sans motifs pertinents, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81 consid. 6).

En l'espèce, l'âge et la nationalité étrangère du recourant ne font pas partie des facteurs susceptibles de limiter ses perspectives salariales. En effet, au moment déterminant de l'ouverture du droit éventuel à une rente, le recourant était âgé de 32 ans et était au bénéfice d'un permis C et vit depuis 1986 en Suisse. Seules ses limitations fonctionnelles constituent un élément suffisant pour opérer une telle réduction. Compte tenu de celles-ci, telles que mises en évidence par l'expert, la réduction du salaire statistique de 10 % opérée par l'administration n'est dès lors pas critiquable.

Sur cette base, la comparaison des revenus (57'590 - 48'284 x 100 : 57'590) donne une invalidité de 16 % (le taux de 16,15 % étant arrondi au pour cent inférieur (ATF 130 V 122 s. consid. 3.2; SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44), ainsi que l'a retenu l'intimé, à bon droit.

Quant bien même une réduction généreuse de 15% eut-elle été accordée par l'intimé, le taux d'invalidité, alors de 20%, n'aurait pas ouvert le droit à une rente.

12. En ce qui concerne les mesures de reclassement professionnel, l'art. 17 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Dans le cas d'espèce, de telles mesures ont été mises en place par le Tribunal, mais n'ont pas été suivies d'effet, sans faute du recourant, ce qui confirme l'analyse faite à ce sujet par le COPAI. Il n'y a pas lieu de les ordonner à nouveau.

**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

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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