REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3004/2006 **ATAS/553/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 22 mai 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1954, a été victime d'une chute dans le cadre de son activité professionnelle de maçon le 2 novembre 2001 au cours de laquelle il s'est réceptionné sur l'épaule gauche. Il a présenté une lésion sévère de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec douleurs à la palpation du sous-scapulaire ainsi que du long chef du biceps et abduction impossible à gauche (rapport du Centre médical de Chêne-Bourg du 3 novembre 2001). Depuis lors, il a cessé toute activité lucrative.

   L'assuré a déposé le 31 mai 2002 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et reclassement dans une nouvelle profession ou à l'octroi d'une rente d'invalidité.

2. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 27 juin 2002, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a confirmé l'existence d'une déchirure du muscle sous-scapulaire gauche, et indiqué qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical à envisager, la limitation fonctionnelle étant modeste. Les douleurs empêchaient cependant la reprise de travail dans la profession de maçon, il a en revanche estimé la capacité de travail dans une autre profession, sans port de charge, à 100%, étant précisé qu'une reconversion était nécessaire.

3. L'assuré a été examiné dans le cadre de la Clinique romande de réadaptation (CRR) et un rapport a été établi à l'attention de l'OCAI le 30 juillet 2002. Le diagnostic retenu est celui de lésion transfixiante du tendon du muscle sous-scapulaire gauche et fissure longitudinale du tendon du long chef du biceps gauche. L'incapacité de travail a été fixée à 100% dès le 9 mai 2002 dans la profession de maçon. Du rapport de fin de séjour, daté du 21 mai 2002, il résulte que l'assuré avait des difficultés pour lever ou replier son bras gauche dans certaines positions, que le port de charge lui causait des douleurs, ce qui fait que son rendement était relativement faible, bien que se montrant collaborant et consciencieux. En conclusion, il n'avait pas été constaté de net progrès durant le séjour, hormis une discrète amélioration de la mobilité passive. Le patient présente des limitations très importantes lors des mouvements actifs d'antépulsion et d'abduction, surtout dans le port de charges qui ne dépasse pas 5 kg. Le résultat des tests de port de charge, du test isocinétique ont fait suspecter une possible autolimitation, bien que le patient soit resté cohérent et participatif. L'absence totale de réponse à l'infiltration paraît également de mauvais augure.

   Dans une note du 19 novembre 2002, le Service médical régional AI (ci-après SMR) constate que le séjour à la CRR du 26 mars au 8 mai 2002 n'a pas permis d'observer d'amélioration. Tant les médecins de la SUVA que le médecin traitant estiment que la capacité de travail dans l'activité de maçon ou de machiniste est

nulle, ils admettent toutefois une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Selon le Dr B_____ du SMR dès lors, des mesures professionnelles sont médicalement justifiées et doivent être rapidement mises en route.

4. Par décision du 27 juin 2003, confirmée sur opposition le 9 décembre 2003, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité transitoire dès le 1er janvier 2003, ce jusqu'à ce que l'AI se prononce sur la question d'un éventuel reclassement professionnel. Il serait alors procédé à l'évaluation définitive de l'invalidité et une nouvelle décision serait rendue. En l'état les investigations sur le plan médical et économique avaient mis en évidence une diminution de la capacité de gain de 33%. L'assuré était, en dépit des séquelles de l'accident, à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition que son épaule gauche ne soit pas mise à forte contribution. Une telle activité ne nécessitant pas de mesures de réadaptation professionnelle particulières était médicalement exigible durant toute la journée et permettrait de réaliser un revenu d'environ 3'750 fr. par mois. Comparé au gain de 5'550 fr. qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de 32,44%. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% a par ailleurs été allouée.

5. Dans un rapport du 14 juillet 2003, la division de réadaptation professionnelle AI a proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure d'instruction de type COPAI d'une durée de quatre semaines, soit du 10 novembre au 7 décembre 2003. Il a en effet pris en considération le fait qu'il devait pouvoir travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charge et sans travail au-delà de 90° pour le membre supérieur gauche.

   Un rapport COPAI a été établi le 23 décembre 2003 à l'issue du stage. Il conclut à l'impossibilité de réinsérer l'assuré dans le circuit économique ordinaire tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'apprentissage et d'adaptation sociale. En effet, au niveau physique, l'assuré démontre une raideur généralisée du dos entraînant une mobilité restreinte, une résistance plutôt faible qui diminue lors de l'effort ainsi que des limitations pour réaliser des travaux répétitifs avec le membre supérieur gauche. Il a aussi été observé une importante lenteur gestuelle qui influence sensiblement toute production, la rendant inexploitable dans le circuit économique. Au cours de la mesure, les rendements dans les activités sérielles ont oscillé entre 20 et 30% sur des périodes de cinq à huit heures, ce qui limite toute activité professionnelle dans ce domaine, alors que les faibles capacités d'apprentissage de l'assuré ne permettent d'assurer que ce type de travaux. S'ajoute à cette situation le comportement très démonstratif et plaintif de l'assuré qui reste centré sur ses douleurs et se considère comme une personne invalide.

   Le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin-conseil du COPAI, a indiqué que l'accident (chute avec lésions des tendons des biceps et sous scapulaire) avait été vécu dramatiquement par l'assuré, que celui-ci avait

décompensé subjectivement le membre supérieur gauche, l'épaule gauche et la colonne cervicale, entraînant des douleurs déclarées intolérables et incompatibles avec toute activité. Selon le Dr C_____, l'examen clinique est beaucoup plus banal que ce qui est annoncé mais avec des réactions douloureuses disproportionnées. Manifestement l'assuré ne comprend pas ce qui lui arrive, l'accepte très mal et est déprimé par le sort qui s'acharne sur lui sans qu'il puisse récupérer. Il se voit comme une victime impuissante et ne croit absolument pas à des chances de reprises d'activités ou d'amélioration de la situation. Le traitement proposé est symptomatique et paraît complètement inefficace. Le pronostic fonctionnel et professionnel dans ces conditions est très mauvais. Aussi le Dr C_____ a-t-il conclu que dans le contexte actuel il n'y avait aucune activité professionnelle qui convienne ou qui soit exécutable par l'assuré. Pour lui, cette incapacité, pour des raisons essentiellement subjectives mais aggravées par un niveau intellectuel très faible, est certainement définitive. Il n'est par contre pas sûr que les raisons évoquées soient de nature à être prises en charge complètement par l'AI.

Les maîtres d'atelier ont observé que "l'assuré est très démonstratif en atelier, il montre constamment des signes d'inconfort et présente une lenteur très accentuée presque caricaturale de ses mouvements ainsi qu'une raideur du dos et de la tête qui limite les mouvements. La description que l'assuré nous fait de ses douleurs est assez vague mais se concentre principalement au niveau cervical et du membre supérieur gauche. Il nous parle aussi de douleurs à l'estomac et à la tête, ainsi que d'autres manifestations physiques. En entretien, l'assuré reste centré sur la description de l'intensité de ses douleurs ainsi que sur son incapacité à entreprendre une quelconque activité. Selon ses dires, un seul mouvement de la tête à gauche ou à droite peut déjà engendrer de très fortes douleurs. L'assuré met aussi ses difficultés à se concentrer, ainsi que ses troubles de sommeil, sur le compte de la douleur".

En résumé, les maîtres d'atelier ont constaté que l'assuré présentait une extrême lenteur et une raideur limitant tous les mouvements, les très faibles rendements mesurés à l'atelier semblant traduire une certaine exagération. Malgré tout, en l'état actuel, aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée. Ils ont ajouté que si les capacités physiques le permettaient, les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré seraient difficilement compatibles avec un emploi, même simple et pratique dans le circuit économique normal.

6. Un examen psychiatrique a été réalisé par la Dresse D_____ du SMR le 26 octobre 2004. Le médecin n'a objectivé aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'assuré ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Le discours est cohérent, pauvre, il partage bien le focus d'attention. Aucun symptôme de la lignée

psychotique notamment, délire, hallucination ou trouble formel ou logique de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique n'a été mis en évidence. Les capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme. Le patient présente une amplification des douleurs somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Il n'a pas non plus été observé de symptômes de lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Aussi la Dresse D_____ a-t-elle conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, elle n'a par ailleurs pas retenu ce diagnostic. Elle considère dès lors qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, quelle que soit l'activité lucrative envisagée.

7. Dans une note du 9 novembre 2004, le Dr E_____ du SMR en conclut qu'il y a lieu d'admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée malgré les conclusions du COPAI lesquelles mettent essentiellement en avant des éléments non médicaux.

8. La division de réadaptation professionnelle a procédé à la comparaison des gains sur la base d'un revenu sans invalidité actualisé de 67'476 fr., selon rapport de l'employeur du 15 août 2002, et d'un revenu actuel avec invalidité de 45'610 fr. selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002 TA 1, "homme, activité simple et répétitive", et déduction faite d'un taux d'abattement de 20% pour limitation aux seuls travaux légers et à l'âge de l'assuré. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 32% (cf. note du 30 novembre 2004).

9. Par décision du 2 décembre 2004, l'OCAI a constaté que l'assuré était à même d'exercer une activité sérielle à plein temps dans différents secteurs de l'industrie légère (ouvrier d'usine, servant de machine, etc.), et que ce type d'activité ne nécessitant aucune formation préalable lui aurait permis de réaliser un gain annuel de l'ordre de 45'610 fr. à plein temps, que dès lors le degré d'invalidité obtenu par la comparaison des revenus avant et après l'atteinte à la santé, de 32%, ne justifiait pas l'octroi d'une rente d'invalidité.

   Par décision du même jour, l'OCAI a informé l'assuré que selon l'observation professionnelle effectuée au COPAI, un reclassement n'était pas réalisable pour des raisons essentiellement subjectives qui n'avaient pas à être prises en charge par l'AI, que dès lors sa demande de mesures professionnelles était rejetée.

10. L'assuré, représenté par Maître Karin BAERTSCHI, a formé opposition le 18 janvier 2005. Il rappelle que selon les conclusions du rapport COPAI du 23 décembre 2003, il ne pouvait plus exercer sa profession de maçon, et qu'à l'issue d'un stage d'observation professionnelle, il avait été constaté qu'un reclassement était irréalisable. Il conclut, de ce fait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

11. Par arrêt du 19 octobre 2005, la 4ème Chambre du Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours déposé par l'assuré contre la décision sur opposition rendue par la SUVA le 9 décembre 2003. Elle a considéré que c'était à bon droit que la SUVA avait considéré que l'assuré était, en dépit des séquelles de l'accident, à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition que son épaule gauche ne soit pas mise à forte contribution. Une telle activité n'impliquant pas de mesures de réadaptation professionnelles particulières était médicalement exigible dès le 1er janvier 2003.

12. Par décision du 28 juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition du 18 janvier 2005, confirmant en cela les décisions du 2 décembre 2004 de refus de rente et de mesures professionnelles. Il se fonde en effet sur le rapport d'examen rédigé par le SMR le 26 octobre 2004, aux termes duquel, sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail ne peut être mise en évidence, ainsi que sur le rapport du 9 novembre 2004 du SMR, selon lequel, sur le plan physique, au vu des limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'exigibilité fixée par la SUVA, ce malgré les conclusions du COPAI.

13. L'assuré a interjeté recours le 18 août 2006 contre ladite décision. Il relève que lorsque la SUVA a rendu sa décision sur opposition le 9 décembre 2003, elle n'avait pas eu connaissance des conclusions du rapport du COPAI du 23 décembre 2003. L'appréciation de la SUVA était dès lors incomplète et ne saurait aujourd'hui lier l'OCAI. Il ne comprend par ailleurs pas pour quelle raison l'OCAI s'écarte des conclusions figurant dans le rapport du COPAI, alors que ce rapport a précisément été établi par des spécialistes dans le domaine de l'évaluation professionnelle des possibilités de réintégration sur le marché du travail. Il constate que le rapport du SMR du 26 octobre 2004 est contredit par tous les avis médicaux selon lesquels il ne peut plus du tout exercer la profession de maçon. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. Dans sa réponse du 19 septembre 2006, l'OCAI explique qu'il s'est écarté des conclusions du rapport COPAI du 23 décembre 2003, parce que selon le Dr C_____, médecin-consultant du COPAI, les mesures de réadaptation sont vouées à l'échec pour des raisons essentiellement subjectives, le recourant se considérant plus particulièrement comme une personne invalide. Il rappelle s'agissant de la procédure en matière d'assurance-accidents que la décision de la SUVA a été confirmée par un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales le 19 octobre 2005. Il conclut dès lors au rejet du recours.

15. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 28 juin 2006 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

5. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA).

6. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance

d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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).

8. Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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).

9. 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. La définition de l'invalidité est désormais inscrite

dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

10. En l'espèce, la SUVA a retenu une perte de gain de 32,44% et a sur cette base alloué à l'assuré une rente d'invalidité transitoire dès le 1er janvier 2003. Par arrêt du 19 octobre 2005, la 4ème Chambre du Tribunal de céans a du reste confirmé la décision de la SUVA.

    Il y a toutefois lieu de considérer que la rente transitoire accordée à l'assuré par la SUVA l'avait été précisément dans l'attente du résultat des mesures de reclassement préconisées par l'AI. Le Tribunal de céans s'était ainsi borné à rejeter le recours déposé par l'assuré qui estimait qu'il aurait été préférable de connaître l'issue des mesures de réadaptation professionnelles AI avant de rendre une décision. Il convient au surplus d'observer que dans son arrêt du 19 octobre 2005, le Tribunal évoquait l'existence du rapport établi par le COPAI le 23 décembre 2003, tout en constatant qu'il était ultérieur à la décision litigieuse de la SUVA.

    Dès lors le taux d'invalidité fixé par la SUVA ne lie pas dans le cas présent le Tribunal de céans.

11. Il n'est pas contesté que l'assuré présente une incapacité totale de travail dans la profession de maçon depuis sa chute survenue le 2 novembre 2001. Tant le médecin

traitant que les médecins de la SUVA ont en revanche admis que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, pour autant que des mesures professionnelles soient mises en place.

Il résulte cependant du rapport réalisé le 23 décembre 2003 à l'issue du stage COPAI que sur le plan physique, des limitations importantes ont été observées, à telle enseigne que le rendement dans des activités sérielles n'a pas dépassé 20 à 30% sur des périodes de cinq à huit heures. Selon le Dr C_____, médecin du COPAI, le stage effectué au COPAI a confirmé l'impression clinique de la première consultation : dans le contexte actuel, il n'y avait aucune activité professionnelle qui convenait ou qui soit exécutable par le recourant. Cette incapacité, pour des raisons essentiellement subjectives, mais aggravée par un niveau intellectuel très faible, était certainement définitive.

Le rapport d'observation professionnelle du COPAI a donc conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assuré dans le circuit économique ordinaire tant pour des raisons d'ordre physique que pour des difficultés d'apprentissage et d'adaptation sociale. Il a toutefois été relevé un comportement très démonstratif et plaintif de l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse D_____ du SMR n'a retenu aucune diminution de la capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

12. L'OCAI s'est fondé, pour rejeter tant l'octroi d'une rente que la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelles, sur les rapports du SMR des 26 octobre 2004 (Dresse D_____) et 9 novembre 2004. Il a considéré que l'assuré était à même d'exercer l'activité sérielle à plein temps dans différents secteurs de l'industrie légère, sans qu'une formation préalable soit nécessaire. Il a ainsi jugé que des mesures de réadaptation seraient inutiles eu égard à l'attitude négative de l'assuré observée et mise en évidence par le COPAI.

13. Tel est également l'avis du Tribunal de céans. Il ressort en effet du rapport établi par le COPAI que si le taux d'incapacité de travail de l'assuré a été fixé à 100% quelle que soit l'activité envisagée, c'est sur la base de considérations subjectives essentiellement qui ne sauraient être prises en compte en matière d'AI. Il sied de rappeler ici que selon la jurisprudence du TFA, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont précisément susceptibles d'être influencées par les éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

14. Enfin, la comparaison des gains à laquelle a procédé l'OCAI sur la base d'un revenu sans invalidité de 67'476 fr. et d'un revenu avec invalidité de 45'610 fr. ne paraît pas critiquable, étant au surplus précisé que le taux d'abattement de 20% retenu tient compte des importantes limitations fonctionnelles que présente l'assuré.

15. Aussi le recours mal fondé doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.

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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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