RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3157/2005 **ATAS/752/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 30 août 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO	recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Asllan R_____, ressortissant de la République fédérale de Yougoslavie, est né en 1952 au Kosovo, où il a effectué l'école obligatoire, avant de travailler comme ouvrier agricole. En 1983, il est venu s'établir en Suisse et, dès le 1er juin 1987, il a travaillé en tant que couvreur pour le compte de l'entreprise X_____ SA. Son salaire s'élevait en dernier lieu à 4'950 fr. par mois versé treize fois.

2. Le 13 juin 2000, alors qu'il transportait des tuiles sur un toit humide, il a glissé, avant de tomber d'une hauteur d'un mètre sur un échafaudage. Lors de la réception, sa cheville droite s'est tordue et son épaule gauche a subi un choc.

3. Le même jour, en raison de douleurs à la face externe du pied droit, il a consulté la Permanence Vermont-Grand Pré dont les médecins ont constaté, dans leur rapport du 21 juillet 2000, un œdème important au niveau externe du pied droit et ont effectué des radiographies qui ont révélé un arrachement du cuboïde du pied droit. Ils ont attesté une incapacité de travail entière dès le 13 juin 2000.

4. L'assuré a repris le travail le 28 août 2000, mais, par rapport médical du 5 octobre 2000, le Dr A_____, chirurgien-orthopédiste, a attesté un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 31 août 2000 en raison d'une enflure du pied droit et de douleurs à l'épaule gauche.

5. Le 10 octobre 2000, l'assuré s'est soumis à une IRM de la cheville droite qui a révélé une irrégularité corticale de la base du cuboïde évoquant un petit arrachement osseux sans luxation et une tuméfaction du tendon jambier postérieur au niveau de son insertion distale évoquant une tendinopathie.

6. L'arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 1er novembre 2000 a mis en évidence une déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur et une discrète arthrose acromio-claviculaire.

7. L'assuré a séjourné à la (ci-après : "établissement hospitalier") du 14 novembre 2000 au 10 janvier 2001. Une scintigraphie osseuse effectuée le 27 décembre 2000 a révélé une algo-neurodystrophie de stade II et III de la jambe ainsi que du pied droits. Dans son consilium psychiatrique du 24 novembre 2000, le Dr B_____, chef de clinique du service psychosomatique, a indiqué que son investigation n'avait pas permis de déceler un quelconque trouble psychopathologique. A défaut d'élément franc de la lignée dépressive, il avait constaté une humeur normale, un contact tout à fait bon et authentique, enfin, l'absence d'élément en faveur d'une détresse psychologique. Il n'avait mis en évidence ni anxiété, ni trouble affectif pathologique, ni trouble patent de la ligne psychotique, ni, enfin, trouble de la personnalité atteignant un seuil diagnostique. Dans leur rapport de sortie du

24 janvier 2001, les Drs C_____et D_____du service de réadaptation générale ont noté, essentiellement, une limitation de la mobilité active de l'épaule gauche principalement en abduction, des douleurs de la région acromio-claviculaire lors de l'adduction horizontale, une légère hyperhémie de la cheville et du pied à droite en position déclive, une discrète limitation douloureuse des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne à la mobilisation et à la palpation. Ils ont diagnostiqué une algo-neurodystrophie de la jambe et du pied droits (M 89.00), une entorse de l'interligne de Chopart droit (S 93.6), des douleurs chroniques de l'épaule gauche (M 25.51), une exostose du tibia distal droit (M 89.36), une fracture-arrachement du cuboïde tarsien droit et une déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur de l'épaule gauche (T 93.2 et T 92.8). Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité de couvreur était nulle en raison de l'algo-neurodystrophie du membre inférieur droit et ont attesté une incapacité de travail totale du 14 novembre 2000 au 25 janvier 2001, à réévaluer en fonction de l'évolution.

8. Le 22 juin 2001, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession.

9. Dans un rapport médical du 16 septembre 2001 réclamé par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI), le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et qu'une reprise de l'activité de couvreur lui paraissait illusoire. Il a précisé qu'une reconversion serait souhaitable, mais que la faible scolarisation du patient allait rendre cette démarche difficile.

10. Le 1er octobre 2001, le Dr E_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à son examen médical final. A l'examen clinique, il a constaté une diminution de la mobilité de l'épaule gauche et de la cheville droite dans le cadre de douleurs et de contractions des muscles antagonistes. Il a diagnostiqué un status après fracture-arrachement du cuboïde tarsien droit et déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur de l'épaule gauche. Il a fait état de signes d'amplification évidente se manifestant par une aggravation ostensible de la boîterie avec une flexion plantaire nettement meilleure lorsque le patient était observé à son insu, une réduction par contraction des antagonistes, une mobilité de l'épaule gauche meilleure lors du rhabillage que lors de l'examen en abduction antépulsion. Il a estimé que le patient ne pouvait plus marcher sur des terrains en pente, dans le cadre d'une activité de couvreur, en raison de l'atteinte du pied droit. En outre, il a considéré que l'assuré ne pouvait plus accomplir d'efforts avec port de charges moyennes à lourdes, de travail répété au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, mais que, dans la mesure où ces sollicitations n'étaient pas effectuées, sa capacité de travail était possible à plein temps et à plein rendement.

11. Par courrier du 8 octobre 2001, la SUVA a estimé que l'état de santé était stabilisé et a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux. Elle a informé l'assuré

qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail résiduelle qu'il devait mettre en valeur dans une activité adaptée à son état de santé. Pour lui permettre de trouver un poste de travail adapté, elle l'a avisé qu'elle continuait à lui verser l'indemnité journalière jusqu'au 28 février 2002 sur la base d'une incapacité de travail entière.

12. Dans un rapport médical du 23 novembre 2001, le Dr F_____, généraliste, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un status après entorse grave du pied droit avec fracture du cuboïde et tendinopathie du jambier postérieur, un syndrome douloureux de l'épaule gauche sur probable laxité post-traumatique avec déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose sévère C5-C6, des discopathies C3-C4, C4-C5 et C6-C7, enfin, une spondylose L2-L3, L3-L4 et une discopathie L5-S1. Il a mentionné une aggravation de l'état de santé. Il a indiqué que le patient continuait à invoquer des douleurs à l'épaule gauche et au pied droit avec une importante limitation fonctionnelle. En outre, il a fait état de plaintes à la nuque et dans la région lombaire survenant au moindre effort et empêchant l'assuré de dormir. Il a fait pratiquer des radiographies des colonnes cervicale et lombaire qui ont révélé des discopathies avec spondylodiscarthrose et une spondylose.

13. Par décision du 13 juin 2002, la SUVA a versé à l'assuré, notamment, une rente d'invalidité de 29% dès le 1er mars 2002 estimant qu'il était en mesure d'exercer à 100% et sans diminution de rendement une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition qu'il puisse travailler sur sol plat et sans effectuer des travaux au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche.

14. En raison de douleurs à l'épaule droite évoquant une lésion du sus-épineux, des radiographies et une échographie de l'épaule droite ont été pratiquées le 9 octobre 2002. Elles ont révélé une épaule droite d'aspect radiographique normal et un épaississement modéré du tendon sus-épineux avec un aspect hypoéchogène du tiers distal compatible avec une tendinite du sus-épineux sans calcification ou argument en faveur d'une déchirure.

15. A la suite de l'opposition formée par l'assuré le 3 juillet 2002, la SUVA a confirmé sa position par décision sur opposition du 2 décembre 2002 considérant que les troubles lombaires et cervicaux invoqués étaient dégénératifs et sans rapport avec l'accident du 13 juin 2000.

16. Dans un rapport médical du 1er mai 2003, le Dr A_____ a fait état d'une aggravation progressive de l'état de santé en raison de la survenue de plusieurs lumbagos nécessitant le port d'un lombostat et d'une augmentation des douleurs à l'épaule. Il a mentionné un changement de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, à savoir des lombalgies et un phlegmon au pouce gauche opéré deux fois. Il a estimé qu'une reprise du travail n'était pas possible car l'atteinte à la

santé était trop importante et qu'une reconversion professionnelle était vouée à l'échec en raison du faible bagage scolaire.

17. Une IRM de la colonne lombaire effectuée le 12 février 2004 a révélé une discopathie modérée L4-L5 et plus marquée en L5-S1 avec protrusion discale circonférentielle non compressive, l'absence de hernie discale luxée et de canal lombaire étroit, enfin, la présence de trous de conjugaison libre.

18. Dans un rapport médical du 27 février 2004, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé et a posé un nouveau diagnostic de lombosciatalgies droites déficitaires. Il a expliqué qu'au début février 2004, l'assuré avait présenté un blocage algique lombaire aiguë avec symptomatologie de sciatalgies droites associées à des fourmillements du pied, puis que les lombosciatalgies s'étaient aggravées avec l'apparition d'une diminution de la force du membre inférieur droit ainsi que des releveurs du pied, du jambier postérieur et des péroniers, d'hypoesthésies du dos du pied et de la face externe du mollet, enfin, d'une aréflexie globale.

19. Le 25 mars 2004, l'OCAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr G_____, rhumatologue ainsi que spécialiste en médecine interne et du sport. Le 16 juin 2004, l'expert a examiné le patient qui a déclaré que la symptomatologie de la cheville et du pied droits ainsi que de son épaule gauche, quoique fluctuante selon les jours, était restée stationnaire jusqu'au jour de l'expertise. L'assuré a précisé que, depuis l'accident, il ressentait des rachialgies chroniques lombaires et cervicales, mais qu'il les avait banalisées à l'époque et qu'elles n'avaient eu de cesse de s'aggraver en intensité et en fréquence ce qui avait nécessité l'examen radiologique du 3 octobre 2001. Il a décrit ces rachialgies comme permanentes, diurnes et nocturnes, exacerbées par les mobilisations du tronc et de la nuque, les changements de temps et l'effort fourni durant la journée. Il a également fait état de douleurs permanentes, d'une part, aux deux épaules, mais prédominantes à gauche, diurnes et nocturnes, exacerbées en décubitus latéral et à la mobilisation, d'autre part, à la cheville et au pied droits entraînant une boiterie d'épargne, l'impossibilité de marcher sur une longue distance et l'apparition d'une enflure nécessitant du repos. Il a indiqué que ces rachialgies étaient restées stationnaires jusqu'au jour de l'expertise. L'assuré a décrit un bon moral et un soutien familial exemplaire. Dans son rapport du 21 juin 2004, l'expert a diagnostiqué des rachialgies, omalgies gauches, podalgies et douleurs de la cheville droite chroniques dans un contexte d'amplification des symptômes, un status après neuralgodystrophie de la cheville droite, un status après entorse de la cheville droite, fracture du cuboïde droit et contusion de l'épaule gauche avec déchirure du bourrelet glénoïdien. Il a conclu à l'absence de limitation ostéoarticulaire manifeste et à la prévalence d'algies et de limitations actives non reproductibles. En outre, il n'a mis en évidence aucun signe irritatif aux membres inférieurs et aucun trouble sensitivo-moteur, à l'exclusion d'une hyposensibilité globale du membre inférieur droit sans respect radiculaire. Du point de vue rhumatologique, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son

activité de couvreur et de 85% dans une activité adaptée tenant compte d'une diminution de rendement, à savoir épargnant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée principalement en terrain inégal et les mouvements répétitifs du bras gauche au-dessus de la tête. Compte tenu du manque de qualification professionnelle de l'assuré, de sa méconnaissance du français, de l'importance de la symptomatologie douloureuse et de son retentissement sur son quotidien, il a considéré que toute mesure de reconversion professionnelle était vraisemblablement vouée à l'échec.

20. Par décision du 12 octobre 2004, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles estimant qu'en raison des plaintes et des limitations de l'assuré, elles resteraient sans effet sur sa capacité de gain.

21. Par décision du 23 novembre 2004, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière simple d'invalidité, une rente complémentaire pour conjoint et deux rentes complémentaires pour enfant du 1er juin au 30 septembre 2001. Il a estimé que, selon la SUVA, son incapacité de travail était encore totale à l'échéance du délai de carence d'une année ce qui lui ouvrait le droit à une rente dès le 1er juin 2001. Il a expliqué que, depuis lors, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, puis, stabilisé, en tant que, lors de l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA, le 1er octobre 2001, sa capacité de travail était entière dans une activité professionnelle adaptée (plein temps et plein rendement), alors que, sur le plan psychiatrique, une diminution de rendement de 15% pouvait être admise. En comparant le revenu que l'assuré aurait obtenu en 2001 chez Y_____SA avec le salaire statistique réalisable dans une activité adaptée pouvant être exercée sans formation préalable particulière, et en opérant une déduction de 10% pour tenir compte de la perte d'avantages liés à l'ancienneté et de son âge, il a retenu un degré d'invalidité de 32% ne permettant plus le versement d'une rente au-delà du 30 septembre 2001.

22. Par courrier du 13 décembre 2004 adressé au médecin-conseil de l'OCAI, le Dr A_____ s'est étonné de la durée limitée de la rente au 30 septembre 2001. Il a demandé à l'OCAI de revoir sa position en additionnant l'invalidité accidentelle à l'invalidité médicale. Il a fait état d'une recrudescence des douleurs de l'épaule et du rachis lombaire qui rendait souhaitable une hospitalisation dans un service de rhumatologie afin de préciser l'origine de ces douleurs.

23. Le 17 décembre 2004, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'OCAI du 23 novembre 2004 considérant que son invalidité était beaucoup plus élevée que 32% et s'estimant incapable de travailler au vu de son état de santé.

24. Par décision sur opposition du 4 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que le rapport d'expertise remplissait toutes les exigences jurisprudentielles en matière de preuve et que le courrier du médecin-traitant du 13 décembre 2004 ne contenait aucun élément permettant de s'écarter des conclusions de l'expert.

25. Le 16 août 2005, le Dr A_____ a adressé au médecin-conseil de l'OCAI un rapport établi le 14 juillet 2005 par les Drs H_____et I_____, médecins au service de rhumatologie des (ci-après : "établissement hospitalier"). Il ressort de ce rapport que ces médecins ont examiné l'assuré les 18 mai, 2 juin et 13 juillet 2005 en raison d'un syndrome douloureux chronique. Ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique post-traumatique, des troubles dégénératifs avec discopathie L5-S1 et arthrose calcanéo-cuboïdienne droite. Ils ont fait état de plaintes sous forme de douleurs cervicales irradiant au niveau des ceintures scapulaires bilatérales, principalement à gauche, et dans le bras gauche jusque dans les doigts sans trajet radiculaire, de douleurs mécaniques lombaires et à la charge du pied droit. En outre, ils ont également signalé des réveils nocturnes, de l'asthénie, des sudations, des épigastralgies et une dyspnée d'effort les faisant suspecter un syndrome dépressif sous-jacent. Ils ont constaté un déconditionnement physique provoquant des dysfonctions musculo-squelettiques probablement responsable d'une partie des douleurs. Ils ont préconisé un traitement de physiothérapie active et une prise en charge par un psychiatre. Ils ont également fait évaluer la capacité de travail de l'assuré dans leurs ateliers pré-professionnels. Ils ont conclu à une incapacité d'assumer une activité professionnelle même sans contrainte articulaire et en changeant régulièrement de position, en raison de l'exacerbation des douleurs. Le Dr A_____ a demandé à l'OCAI de reconsidérer sa décision en tenant compte des dernières données médicales ressortant du rapport des médecins des "établissement hospitalier".

26. Par acte du 12 septembre 2005, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 4 août 2005. Il conclut à l'annulation de ladite décision, à l'octroi de mesures de réadaptation, à la mise en œuvre d'une expertise confiée notamment à un psychiatre, enfin, à l'octroi d'une rente entière jusqu'à ce que des mesures de réadaptation soient à nouveau possibles. Sur la base du rapport des médecins des "établissement hospitalier" remplissant les exigences jurisprudentielles, il conteste que sa capacité résiduelle de gain soit de 68% et considère qu'après un suivi psychiatrique ainsi qu'un traitement de physiothérapie, il serait tout à fait en mesure de suivre une réadaptation professionnelle. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné l'éventualité d'une atteinte à la santé psychique. Il invoque des divergences entre les médecins des "établissement hospitalier" et l'expert quant à l'octroi de mesures professionnelles.

27. Le 28 novembre 2005, le recourant a versé à la procédure un rapport du Dr F_____ du 28 novembre 2005 établi à sa demande et confirmant la suspicion d'un syndrome anxio-dépressif sous-jacent ainsi que la recommandation d'une prise en charge psychiatrique. Il a demandé au Tribunal d'ordonner une expertise psychiatrique et l'audition du Dr F_____.

28. Dans sa réponse du 16 mars 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que la question des mesures de réadaptation était entrée en force et qu'elle ne faisait pas l'objet de la présente procédure. En outre, il a relevé que seule la question de la

capacité résiduelle de travail était contestée et que les autres éléments de la décision étaient entrés en force sur les points non contestés. Il a précisé que cette question devait être résolue en fonction de la situation existant au 30 septembre 2001, à savoir à l'époque où la stabilisation de l'état de santé du recourant justifiait la révision du droit à la rente entière octroyée dès le 1er juin 2001. Il a considéré que le rapport des médecins des "établissement hospitalier" constituait une évaluation différente d'un même status, soit une divergence qui ne permettait pas de s'écarter du rapport d'expertise. Quant à l'hypothèse d'une atteinte psychique invalidante, il a expliqué qu'il s'agissait tout au plus d'un nouveau cas d'assurance, sans lien avec celui réglé par la décision litigieuse, dès lors qu'elle n'était pas présente en 2001 et qu'elle nécessitait le dépôt d'une nouvelle demande. Enfin, il a estimé qu'une appréciation anticipée des preuves permettait de renoncer à l'expertise psychiatrique requise car l'expert ne pourrait qu'invoquer un trouble somatoforme douloureux dont la question de l'incapacité de travail était d'ordre juridique et non pas médical.

29. Dans son écriture du 19 juin 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions et a informé le Tribunal qu'il avait consulté la Dresse J_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Il a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire comportant un volet psychiatrique au regard des rapports du Dr F_____ et des médecins des "établissement hospitalier" ainsi que de la consultation de la Dresse J_____ en application de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Enfin, il a contesté le syndrome d'amplification des symptômes invoqué par l'intimé en relevant que la SUVA n'aurait pas alloué une rente d'invalidité de 29% en l'absence de substrat physique.

30. Le 20 juin 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé et a gardé la cause 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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références), les faits sur lesquels le Tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er octobre 2001, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, 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).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après seront donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par le recourant au plus tôt le 5 août 2005, que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 12 septembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus 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 la suppression du droit à la rente à partir du 1er octobre 2001. Le droit à la rente n'est en revanche pas contesté pour la période allant du 1er juin au 30 septembre 2001.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art.

41 LAI (ATF 125 V 417 s. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Aux termes de cette disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

b) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2004, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

7. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

d) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c,

117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités).

   En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 ss consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 ss consid. 3).

9. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les

points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c) Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Toutefois, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3c, ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

10. Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 21 juin 2004 auquel il reproche une appréciation divergente de celle des médecins des "établissement hospitalier" quant à son état psychique et aux effets des mesures de réadaptation professionnelle. Enfin, il considère que le rapport du Dr A_____ du 13 décembre 2004 infirme les conclusions du rapport d'expertise. Pour sa part, l'intimé expose que l'expertise du Dr G_____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et que le rapport des médecins des "établissement hospitalier" n'est qu'une appréciation différente du status médical décrit par l'expert. En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail résiduelle de 85% dans une activité adaptée.

Dans son rapport d'expertise, le Dr G_____ a diagnostiqué des rachialgies, des omalgies gauches, des podalgies et des douleurs chroniques de la cheville droite dans un contexte d'amplification des symptômes, un status après neuralgodystrophie de la cheville droite, un status après entorse de la cheville droite, une fracture

du cuboïde droit et une contusion de l'épaule gauche avec déchirure du bourrelet glénoïdien.

Il a précisé que l'examen clinique avait été parasité par de nombreux signes comportementaux de surcharges (exagération de la réponse verbale, projection non anatomique de la douleur, hypoesthésie globale du membre inférieur droit sans respect radiculaire, distance doigts sol de 35 cm alors qu'elle est de 10 cm lorsque le patient est assis sur la table d'examen les jambes tendues, etc.).

Il n'a mis en évidence aucun signe irritatif aux membres inférieurs et aucun trouble sensitivo-moteur. En outre, il a relevé que les radiographies des épaules et de la cheville droite étaient normales, sans lésion osseuse particulière, alors que les radiographies de la colonne cervicale et lombaire révélaient des troubles dégénératifs discrets à modérés compatibles avec l'âge de l'assuré sous la forme de cervicarthrose C5-C6 avec diminution de l'espace inter-somatique correspondant et ostéophytose discrète antérieure ainsi qu'une diminution de l'espace inter-somatique en L5-S1 sans trouble dégénératif particulier. Il a conclu à l'absence de limitation ostéoarticulaire manifeste et à la prévalence d'algies et de limitations actives non reproductibles.

Quant à la capacité de travail, il a considéré qu'elle était nulle dans son activité de couvreur. En revanche, dans une activité adaptée, à savoir épargnant le port de charges de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée principalement en terrain inégal et les mouvements répétitifs du bras gauche au-dessus de la tête, il a estimé que la capacité de travail médicalement exigible était de 85%.

Ces explications ont apporté à l'intimé un éclairage quant à l'appréciation de la situation médicale et quant à la capacité de travail dans une activité adaptée qui lui permet de statuer en pleine connaissance de cause sur sa prise en charge. Il y a donc lieu d'examiner si ce rapport d'expertise remplit les conditions générales permettant de lui accorder une valeur probante.

Le rapport du Dr G_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde sur un examen clinique complet lors duquel il a constaté une hyposensibilité globale du membre inférieur droit sans respect radiculaire, une importante majoration de la réponse verbale sous forme de rictus douloureux, de gémissements et parfois même de cris, un langage corporel avec des manœuvres de contre-pulsion et d'opposition active, enfin, une altération douloureuse non reproductible des mobilités. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant, à savoir la présence de rachialgies permanentes, lombaires et cervicales, de douleurs permanentes aux deux épaules, mais principalement à gauche, ainsi qu'à la cheville et au pied droits entraînant une boiterie d'épargne, l'impossibi-

lité de marcher sur une longue distance et l'apparition d'une enflure nécessitant du repos.

Ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que radiologique. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes de sorte que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

11. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr G_____. Le recourant prétend que de tels indices existent dès lors que, d'une part, son appréciation de la capacité de travail est contredite par le médecin-traitant et par les médecins des "établissement hospitalier", d'autre part, que son appréciation de l'état psychique et des effets des mesures de réadaptation professionnelle diverge de celle des médecins des "établissement hospitalier".

Le rapport des médecins des "établissement hospitalier" établi le 14 juillet 2005 fait également état, à l'examen clinique, de plusieurs signes de non organicité avec des irradiations non radiculaires des douleurs, une majoration de la réponse verbale, une contraction des muscles antagonistes lors de l'examen passif des amplitudes articulaires, enfin, la positivité de tous les signes de Waddell. Les Drs H_____ et I_____ ont répété les examens radiologiques qui ont confirmé une discopathie C5-C6 avec uncarthrose droite, discopathie L5-S1 et arthrose calcanéo-cuboïdienne. Ils ont constaté la présence de douleurs chroniques prédominant au niveau du membre supérieur gauche, de la région lombaire et du pied droit. Ils ont précisé que ce tableau clinique était majoré par un déconditionnement physique global marqué. Ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique post-traumatique ainsi que des troubles dégénératifs sous forme de discopathie et d'arthrose calcanéo-cuboïdienne droite. En raison d'une asthénie, de troubles du sommeil, d'une perte pondérale et de tristesse, ils ont suspecté un syndrome dépressif sous-jacent et ont considéré qu'une prise en charge psychiatrique paraissait indispensable. Enfin, ils ont estimé que le patient était incapable d'assumer une activité professionnelle même sans contrainte articulaire et en changeant régulièrement de position, le facteur limitant majeur étant l'exacerbation des douleurs.

En définitive, les médecins des "établissement hospitalier" ont fait les mêmes constatations que l'expert et ont posé, principalement, les mêmes diagnostics que lui. Ils ont également mis en évidence une amplification des plaintes qui n'est donc pas contestable. Contrairement à ce que soutient le recourant, en retenant un syndrome douloureux chronique post-traumatique, les médecins des "établissement hospitalier" n'ont pas posé un diagnostic différent de celui de l'expert, car en diagnosti-

quant des rachialgies, omalgies gauches, podalgies et douleurs chroniques de la cheville droite, l'expert a bien mentionné l'existence d'un état douloureux. En effet, selon le dictionnaire (Petit Larousse - noms propres), le terme "algie" est synonyme de douleur physique (quels qu'en soient la cause, le siège, le caractère). En revanche, leur appréciation diverge quant à la capacité résiduelle de travail que les médecins des "établissement hospitalier" considèrent comme nulle même dans une activité légère en raison du facteur limitant majeur de l'exacerbation des douleurs. Il y a lieu de relever que les douleurs invoquées par les médecins des "établissement hospitalier" reposent sur les seules plaintes du recourant et ne sont pas expliquées par les séquelles mineures de l'accident du 13 juin 2000. En effet, les constatations radiologiques ne légitiment pas l'existence de telles douleurs. Or, 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). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). En conséquence, faute de diagnostic expliquant l'exacerbation des douleurs, l'appréciation des médecins des "établissement hospitalier" ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert.

Pour cette même raison, le rapport du Dr A_____ du 16 août 2005 n'est pas davantage en mesure de faire douter des conclusions de l'expert. D'une part, le fait que l'expert reconnaisse une incapacité de travail entière dans l'activité de couvreur et une capacité de travail résiduelle de 85% dans une activité adaptée, malgré l'importance de la symptomatologie douloureuse, n'est pas contradictoire, puisque les seules plaintes du recourant ne suffisent pas pour justifier une invalidité. D'autre part, le manque de qualification professionnelle et la méconnaissance du français ne sont pas des circonstances dont l'assurance sociale doive répondre. En effet, les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références; ATFA non publié du 9 août 2005, I 787/04, consid. 5).

En outre, il n'existe aucune appréciation divergente des médecins des "établissement hospitalier" quant à l'aptitude du recourant à suivre une réadaptation professionnelle. Contrairement à ce que soutient le recourant, ces médecins n'ont jamais affirmé qu'il serait tout à fait en mesure de suivre une réadaptation professionnelle après un suivi psychiatrique et un traitement de physiothérapie. En revanche, ils ont déclaré qu'une nouvelle évaluation de la capacité professionnelle dans les ateliers

pré-professionnels des "établissement hospitalier" pourrait être envisageable après un traitement du problème psychiatrique pour autant qu'une rééducation physique puisse être poursuivie. Une telle hypothèse émise pour le futur n'est pas d'actualité, de sorte qu'elle ne peut en aucun cas faire douter des conclusions du Dr G_____ basées sur les circonstances de juin 2004.

Quant à la suspicion d'un état anxio-dépressif mentionnée par le Dr F_____ dans son rapport médical du 28 novembre 2005, il s'agit d'une hypothèse formulée par les médecins du service de rhumatologie des "établissement hospitalier" et non pas d'un diagnostic posé par un psychiatre. De plus, lors de l'examen pratiqué le 16 juin 2004 par le Dr G_____, le recourant a décrit un bon moral et, dans son rapport du 21 juin 2004, l'expert a mentionné l'absence de trouble des fonctions cognitives basales et de signe de psychose. En conséquence, l'éventuelle péjoration de l'état psychique est postérieure à ce rapport et ne peut donc pas jeter le doute sur les conclusions de l'expert.

Enfin, le Tribunal constate que l'appréciation du Dr G_____ concorde pour l'essentiel avec celle du Dr E_____, effectuée le 1er octobre 2001, qui a posé les mêmes diagnostics, a retenu les mêmes limitations fonctionnelles et a procédé à la même appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée tenant compte desdites capacités fonctionnelles. La seule divergence concerne les lombalgies et les cervicalgies que le Dr E_____ n'a pas mentionnées puisque des troubles vertébraux n'ont été objectivés que lors l'examen radiologique du 3 octobre 2001 et n'ont pas été pris en considération dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible. En définitive, il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr G_____, de sorte que l'intimé a considéré à juste titre, dans sa décision sur opposition du 4 août 2005, que le recourant a une capacité résiduelle de gain de 85% dans une activité adaptée.

12. Il convient d'examiner s'il existe un changement important des circonstances propre à justifier le prononcé des rentes limitées au 31 septembre 2001. Or un tel examen ne peut intervenir que par le biais d'une comparaison entre les différents états de faits successifs (ATFA non publié du 22 juillet 2002, I 592/01, consid. 3a), à savoir ceux existants entre l'accident du 13 juin 2000 et le 1er octobre 2001.

A l'époque de la décision initiale de rente, l'OCAI a considéré que le recourant présentait un degré d'invalidité de 100%. Il s'est basé pour cela sur l'appréciation des médecins de la "établissement hospitalier" ressortant du rapport de sortie du 21 janvier 2001 qui ont fait état d'une incapacité de travail à 100% jusqu'au 25 janvier 2001 en raison de l'algodystrophie du membre inférieur droit et ont précisé que l'état n'était pas stabilisé, mais devait être réévalué au bout de six à huit semaines. Puis, lors de son examen final du 1er octobre 2001, le Dr E_____ a constaté que l'algodystrophie n'apparaissait plus active et que l'état de l'épaule gauche ainsi

que du pied droit était considéré comme stabilisé neuf mois après le séjour à la "établissement hospitalier". Il a admis une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Enfin, lors de son examen du 16 juin 2004, en tenant compte en plus de cervicalgies et de lombalgies, le Dr G_____ a confirmé que la capacité résiduelle de travail du recourant était de 85% dans une activité adaptée en tenant compte de la baisse de rendement. En conséquence, il faut admettre qu'à la suite de l'inactivité de l'algodystrophie, constatée le 1er octobre 2001, il s'est produit une amélioration notable tant de l'état de santé du recourant que de sa capacité de gain (ATFA non publié du 19 mars 2002, I 207/01).

Dans un tel cas de passage d'une rente entière d'invalidité à la suppression de cette prestation en raison de l'amélioration de la santé du recourant dans l'intervalle, l'art. 88a al. 1 RAI s'applique (VSI 2000 p. 313 ss consid. 2d). Etant donné que le changement déterminant est intervenu le 1er octobre 2001, l'office intimé ne pouvait pas supprimer le droit à la rente entière avant le 1er janvier 2002. La décision litigieuse du 4 août 2005 devra être réformée dans ce sens (ATFA non publié du 2 mars 2004, I 251/03 consid. 3.2).

13. Il reste à déterminer si le recourant présente encore une invalidité dès le 1er janvier 2002.

a) 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

b) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

c) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). 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 79-80 consid. 5b/aa-cc).

14. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2001 puisque le début de l'incapacité de travail du recourant, dans son activité de couvreur, remonte au 13 juin 2000 et son annonce à l'OCAI au 22 juin 2001.

Selon les données transmises par l'employeur, le dernier salaire mensuel du recourant en 2000 était de 4'950 fr. versé treize fois, soit 64'350 fr. par année. Il y a lieu d'adapter ce salaire au renchérissement intervenu jusqu'en 2001. Etant donné que l'indice des salaires nominaux a passé dans le domaine de la construction de 106.5 en 2000 à 109.5 en 2001 (cf. Office fédéral de la statistique, indice des salaires nominaux, tableau T1.93_I), le revenu sans invalidité en 2001 s'élève à 66'162 fr. 70 (64'350 x 109.5 : 106.5).

Pour ce qui est du revenu d'invalide, il importe de préciser que le recourant n'a pas repris une activité à 85% lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour établir son revenu d'invalide. Compte tenu de l'activité légère de substitution que pourrait exercer le recourant, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'437 fr. par mois en 2000, respectivement 53'244 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, tableau 1; niveau de qualification 4). De plus, les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,7 heures; Office fédéral de la statistique, durée normale du travail dans les entreprises en 2000-2004, T2.5.2) et le revenu statistique 2000 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux en 2001 en faisant une distinction entre les sexes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour un ouvrier adulte a progressé de 2.3% entre 2000 et 2001 (Office fédéral de la statistique, indice des salaires nominaux par catégorie, T1P.39) et le temps de travail en 2001 était de 41.7 heures par semaine, ce qui donne un revenu annuel de 56'783 fr. 50 (53'244 + 2.3% = 54'468.60 x 41.7 : 40), soit de 48'266 fr. dans le cadre d'une activité exigible à 85%. Même si on admet un abattement généreux de 15% afin de tenir compte du taux partiel d'occupation, de l'exercice d'activités légères et de l'ancienneté de service (cf. ATF 126 V 78 consid. 5; ATFA non publié du 30 avril 2002, I 340/01, consid. 4b), le revenu d'invalide sur

la base statistique s'élève à 41'026 fr. 10 (48'266 - 7'239.90). En tenant compte du revenu de valide de 66'162 fr. 70 en 2001, le taux d'invalidité est de 38% (66'162.70 – 41'026.10 : 66'162.70 x 100). Il y a lieu de relever que ce résultat est plus favorable à l'assuré que l'appréciation de la SUVA qui retient un taux d'invalidité de 29%, car elle ne prend pas en considération les cervicalgies et les lombalgies.

15. Le recourant conclut également à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Or, cette question a fait l'objet d'une décision de refus de la part de l'OCAI, le 12 octobre 2004. Etant donné que cette décision n'a pas été contestée par une opposition, elle est entrée en force de chose jugée. En conséquence, le Tribunal de céans ne saurait examiner dans la présente procédure la question des mesures de réadaptation professionnelle.

16. Enfin, le recourant estime que des mesures d'instruction supplémentaire doivent être menées, notamment, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et l'audition du Dr F_____. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées).

    En l'espèce, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre au Tribunal de statuer sur le bien-fondé de la révision du droit de l'assuré à la rente d'invalidité. En effet, les renseignements dont le recourant a fait état sur la base de la lettre du Dr F_____ du 28 novembre 2005, qui ont motivé sa requête tendant à l'audition de ce médecin et à la mise en oeuvre d'une expertise médicale, sont postérieurs à la décision administrative litigieuse du 4 août 2005. De plus, le rapport médical des Drs H_____ et I_____ qui envisage l'hypothèse de l'apparition d'un état dépressif n'est pas déterminant pour savoir si les conditions d'une révision selon l'art. 41 LAI étaient réalisées au moment où l'office AI a supprimé le droit à la rente d'invalidité. Contrairement à ce que semble croire l'assuré, il ne se justifie pas, pour trancher la contestation, de déterminer le taux de son invalidité en fonction de son état de santé actuel, mais bien d'examiner la situation qui était la sienne au moment de la suppression de son droit à la rente.

    Le Tribunal de céans rejettera par conséquent la requête du recourant tendant à une instruction complémentaire.

17. Le recours étant partiellement admis, l'intimée sera condamnée à payer au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

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 :

Préalablement:

2. Rejette la requête du recourant tendant à une instruction complémentaire.

Principalement:

3. Admet partiellement le recours.

4. Annule les décisions de l'intimé des 23 novembre 2004 et 4 août 2005.

5. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière du 1er juin au 31 décembre 2001.

6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

7. 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).

La greffière | La présidente

Yaël BENZ | Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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