REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4504/2006 **ATAS/1352/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 novembre 2007

En la cause

Monsieur F_____ représenté par FORUM SANTE et Mme Christine BULLIARD	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né en septembre 1957, d'origine portugaise, marié, a fréquenté l'école primaire obligatoire au Portugal pendant quatre ans. Dès l'âge de 15 ans, il a travaillé dans l'exploitation familiale, puis comme manœuvre sur les chantiers, avant d'émigrer en Suisse en 1982. L'intéressé a travaillé dans le bâtiment comme maçon, en dernier lieu pour le compte de l'entreprise X_____.

2. En raison de récidives douloureuses dorso-lombaires, exacerbées en 2001, l'intéressé a été mis en arrêt de travail à 100% dès le 29 novembre 2001 et n'a plus repris d'activité depuis lors.

3. Dans un rapport d'expertise établi en date du 27 février 2002 à l'attention de la Y_____, assureur perte de gain maladie, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué une lombosciatique L5 droite, un status post cure discale L4-L5 droite il y a une vingtaine d'années, des lombalgies mécaniques récidivantes et une obésité (BMI = 38,5). Il a conclu à une importante discopathie L4-L5, probablement siège de son ancienne opération, une hernie discale médiane et paramédiane droite, une arthrose facettaire en L5-S1 ainsi qu'un canal lombaire étroit constitutionnel. L'expert expose que la lombosciatique droite est la conséquence d'une hernie discale L5-S1 chez un patient connu pour un status après cure d'hernie discale en L4-L5 il y a une vingtaine d'années, avec lombalgies mécaniques récurrentes de plus en plus fréquentes ces dernières années. L'arrêt de travail est justifié compte tenu de l'examen clinique réalisé. Sur le plan thérapeutique, l'expert a relevé qu'il convenait sans plus attendre de débuter un traitement de physiothérapie sous forme de techniques manuelles d'ouverture lombaire en y associant d'autres traitements antalgiques d'appoint. En cas d'échec du traitement conservateur actuel, une cure de corticostéroïdes devrait être tentée avant un éventuel avis neurochirurgical. A plus long terme, le pronostic est réservé compte tenu de la fréquence des épisodes de lombalgies des dernières années, des antécédents du patient, de son obésité et du type d'activité professionnelle qu'il exerce. Dans la mesure où cela serait réalisable, une réorientation professionnelle serait à entreprendre. Dans un complément d'expertise du 2 juillet 2002, le Dr A_____ relève que malgré le traitement de physiothérapie sous forme de techniques antalgiques, il n'y a pas d'amélioration de la symptomatologie douloureuse. A l'examen clinique, il semble que le patient présente des troubles sensitifs plutôt dans le territoire S1 droit. La sciatique est consécutive à l'hernie discale ainsi qu'à un canal lombaire étroit constitutionnel. Il n'a pas d'autre proposition thérapeutique à formuler concernant ce patient. L'arrêt de travail est toujours justifié et il craint, au vu de cette évolution, que le patient ne puisse plus retravailler dans le bâtiment, qu'il soit ou non opéré pour son problème actuel. Il lui semblait judicieux d'annoncer sans plus attendre ce cas à l'assurance-invalidité en vue d'une tentative de reclassement professionnel dans les meilleurs délais.

4. Le 11 juillet 2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à un reclassement dans une nouvelle profession ainsi qu'à une rente.

5. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 30 juillet 2002, le Dr B_____, médecin traitant, a indiqué que l'intéressé souffre de lombo-sciatalgies droites, d'une discopathie L3-L4, L4-L5, de cervicalgies, de périarthrite calcifiante bilatérale et d'obésité. Le patient ne parvient plus à exécuter son travail de maçon sans se plaindre de douleurs lombaires irradiant au niveau du membre inférieur droit et par intermittence du côté gauche, engendrant parfois des blocages qui furent traités par des injections d'anti-inflammatoires, de myorelaxants et d'antalgiques, de même que par de multiples séances de physiothérapie. Se greffent là-dessus des cervicalgies avec des douleurs au niveau des épaules sur un terrain de périarthrite calcifiante, qui furent traitées de la même manière, mais aussi par des injections intra-articulaires. Le patient présente une limitation de l'élévation et de l'abduction des épaules ainsi que de vives douleurs aux mouvements contrariés, avec irradiation au niveau de la colonne cervicale. Des paresthésies au niveau du territoire L5-S1 s'exacerbent à la marche et aux faux mouvements; la position assise est mal tolérée. L'incapacité de travail est de 100% dès le 29 novembre 2001. Au vu de la pathologie, des plaintes du patient et de sa formation professionnelle, il ne pourra malheureusement pas bénéficier d'une réinsertion professionnelle.

6. Dans un rapport intermédiaire du 2 janvier 2003, le Dr B_____ précise que l'état de santé est resté stationnaire et que le patient est toujours incapable de travailler à 100% depuis le 29 novembre 2001. Il présente une limitation de la mobilité de la colonne vertébrale et des épaules qui entraînent une incapacité totale en tant que maçon ainsi que dans une autre activité adaptée.

7. A la demande de l'OCAI, le Dr B_____ lui a communiqué en date du 3 février 2003 plusieurs rapports d'examens médicaux concernant son patient. Une imagerie par résonnance magnétique (IRM) du genou droit pratiquée en date du 13 octobre 2000 n'a pas mis en évidence de signe patent en faveur d'une déchirure ou d'une désinsertion méniscale, mais a objectivé un simple remaniement structural de la corne postérieure du ménisque interne correspondant à une lésion de grade I à II. Une radiographie de l'épaule pratiquée en date du 22 février 2001 a révélé une périarthrite calcifiante des deux épaules. L'IRM lombaire pratiquée le 29 novembre 2001 a conclu à une discopathie protrusive sévère L3-L4, avec arthrose facettaire, une discarthrose protrusive asymétrique vers la droite en L4-L5, avec L5-S1 avec hernie discale médiane à para-médiane droite et arthrose facettaire, un canal lombaire étroit constitutionnel accentué par les lésions dégénératives disco-vertébrales et surtout facettaire étagées, ainsi que la présence de deux lésions osseuses en D12 et L3, à composante graisseuse, évoquant en premier lieu des hémangiomes. Le Dr B_____ a joint également un rapport de la Consultation de la polyclinique de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-

après HUG) du 16 mai 2002, aux termes duquel l'examen neurologique montre un syndrome déficitaire sur le plan sensitif d'une manière diffuse dans la jambe, le pied droit et de la face latérale de la cuisse droite, mal systématisé. Selon le Dr C_____, chef de clinique adjoint, la situation du dos de ce patient est compliquée et nécessiterait éventuellement une fusion multi-étagée qu'il ne proposait pas en premier lieu. Il a demandé au médecin traitant d'organiser une nouvelle IRM et de la lui faire parvenir afin qu'il puisse transmettre sa décision quant à l'opportunité d'une chirurgie.

8. Dans un rapport d'examen du 17 février 2003, le Service médical AI - SMR LEMAN relève que selon le rapport d'expertise du Dr A_____, une reconversion professionnelle est préconisée. Quant au Dr B_____, médecin traitant de l'assuré, il estime qu'une autre activité n'est pas exigible de son patient, mais il invoque des raisons qui ne relèvent pas de l'AI (manque de formation). Le SMR admet que les limitations fonctionnelles réduisent le choix des activités adaptées que l'on peut exiger de cet assuré. Il a demandé toutefois de soumettre le cas à la division de réadaptation afin que les possibilités de reclassement soient étudiées, ainsi que la motivation de l'assuré à entreprendre des mesures professionnelles. Le cas échéant, le Dr A_____ pourrait être interrogé spécifiquement sur les activités adaptées envisageables et la capacité résiduelle exigible dans de telles activités.

9. Le 11 octobre 2004, l'OCAI a ordonné une observation professionnelle au Centre d'intégration professionnel (CIP) en vue d'examiner les aptitudes à la réadaptation professionnelle et la capacité de travail de l'assuré. Ce stage a été effectué du 4 octobre au 31 octobre 2004.

10. Dans son rapport du 17 novembre 2004, le COPAI a conclu à l'impossibilité de réinsérer l'assuré dans le circuit économique ordinaire. Le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin du COPAI, a relevé que l'assuré présente une raideur impressionnante de tout le rachis et une mobilité très diminuée de la ceinture scapulaire, avec des mains de grandes taille, peu mobiles, limitant certainement son aptitude aux activités fines. La situation clinique est peu susceptible d'amélioration et il n'y a pas de traitement spécifique à proposer, si ce n'est une antalgie occasionnelle selon les besoins. Le stage au COPAI a démontré l'impossibilité de tenir durablement une position de travail, de soulever ou de porter des charges, d'effectuer des travaux de force ou nécessitant une position des bras au-dessus de l'horizontale, de réaliser des activités en torsion ou en porte-à-faux du tronc ainsi que de maintenir une position statique. En plus, le stage a mis en évidence une utilisation très limitée du membre supérieur droit chez un droitier et une résistance physique insuffisante pour travailler à plein temps. Les nombreuses limitations physiques sont couplées à un manque d'habilité manuelle excluant toute possibilité d'effectuer des travaux fins. Quant au niveau théorique de l'assuré, il ne

lui permet d'accéder qu'à des travaux manuels simples et répétitifs, non compatibles avec les limitations physiques.

11. Dans un avis médical du 24 juin 2005, le SMR Suisse romande note qu'il n'est pas démonté par les pièces présentes au dossier que l'impossibilité de réadaptation soit la conséquence des affections somatiques chroniques qui affectent l'assuré, car le COPAI retient que la mauvaise intégration linguistique est une des raisons de sa faible capacité d'adaptation et d'apprentissage, elle-même limitée par le bas niveau scolaire, facteurs qui ne sont pas du ressort de l'AI. Afin de s'assurer que la situation clinique n'a pas changé, le SMR a suggéré à l'OCAI de mandater le Dr A_____, rhumatologue, pour une expertise.

12. Après avoir examiné l'assuré, le Dr A_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 16 août 2005. L'expert relève que le neurochirurgien a finalement renoncé à l'intervention envisagée en raison d'importantes lombalgies qui n'auraient probablement pas répondu à l'opération. Le patient a constaté progressivement une diffusion des douleurs à la nuque, ainsi qu'au niveau des deux épaules, et se plaint en outre de cervico-brachialgies. Le Dr A_____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, cervicobrachialgies droites chroniques, obésité et omalgies bilatérales chroniques. Il a relevé une grande constance dans les plaintes douloureuses exprimées par le patient depuis 2002, ce qui à son sens leur donne des critères d'authenticité. Le patient est certainement incapable de reprendre une activité professionnelle sur les chantiers, en raison des rachialgies lombaires dues aux troubles dégénératifs, et les douleurs chroniques dont l'origine n'est pas apparemment organique au niveau des deux épaules semblent limiter considérablement le patient au niveau de ses deux membres supérieurs. L'activité de maçon n'est plus possible et la capacité de travail résiduelle lui semble fort limitée, au vu de l'examen clinique, notamment en raison des importantes limitations de la mobilisation des deux épaules, bien qu'on puisse à ce niveau évoquer une collaboration limitée de la part du patient, en raison de ses douleurs. Pour l'expert, en théorie, on pourrait imaginer que l'assuré puisse peut-être exercer à temps partiel (50 % environ) une activité légère qui ne nécessiterait ni port de charges, ni station immobile prolongée, ni mouvements répétitifs avec les membres supérieurs. Il pourrait s'agir par exemple d'une activité de contrôleur pour les stationnements ou de surveillance. L'expert relève toutefois que peu d'activités professionnelles correspondent à ce grand nombre de limitations.

13. Dans un avis du 1er juin 2006, le SMR Suisse romande considère que les conclusions du rapport COPAI du 7 avril ne sont pas justifiées médicalement; en effet, lorsque le Dr A_____ décrit dans son rapport d'expertise des douleurs chroniques dont l'origine n'est pas organique aux deux épaules, cela ne permet pas de retenir une quelconque atteinte à la santé somatique au niveau scapulaire. Il faut dès lors considérer la situation comme inchangée au niveau somatique depuis l'examen SMR Léman du 17 février 2003, aucun fait nouveau n'étant constaté ni

aucune aggravation des atteintes antérieurement reconnues. Selon le SMR, aucun élément objectif ne permet de remettre en cause d'un point de vue assécurologique les constations médicales de l'examen SMR Léman du 17 février 2003 et ses conclusions restent pleinement valables, à savoir que l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites.

14. Dans son rapport du 13 juillet 2006, le service de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable, dès lors que l'assuré n'avait pas de formation professionnelle certifiée et des connaissances de bases uniquement orales de la langue française. Une mesure professionnelle serait donc vouée à l'échec, d'autant que l'assuré se considère inapte à reprendre une quelconque activité professionnelle. Le service de la réadaptation professionnelle a ainsi procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré, en tenant compte d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Après comparaison des gains et en tenant compte d'une réduction de 25%, il est parvenu à la conclusion que le degré d'invalidité de l'assuré s'élève à 28.4%.

15. Le 3 août 2006, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant l'octroi d'une rente, au motif que son degré d'invalidité de 28% était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Il pouvait toutefois obtenir un éventuel droit à une aide au placement s'il en faisait la demande.

16. Le 3 septembre 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision et a sollicité de pouvoir s'expliquer personnellement.

17. Représenté par FORUM SANTE, l'assuré, par courrier du 12 octobre 2006, a informé l'OCAI qu'il contestait le projet de décision qui lui avait été communiqué. Il a fait état de ce que la position du Service médical AI selon laquelle il serait capable de travailler à 100% paraît totalement surprenante et incompréhensible au regard des pièces au dossier. Il relève d'autre part que dans son rapport d'expertise, le Dr A_____ n'a pas tenu compte des diagnostics documentés présents dans le dossier et qu'il a commis une grave omission en indiquant que les douleurs aux épaules ne trouvaient pas d'origine organique, alors que la périarthrite scapulo-humérale calcifiante bilatérale est scientifiquement démontrée. Malgré cela, l'expert a retenu une capacité de travail dans une activité légère de 50% tout en soulignant que les professions entrant en ligne de compte avec autant de limitations physiques sont rares. Pour sa part, l'assuré se réfère aux observations faites par le COPAI, confirmées par le Dr D_____, et conclut à ce que le projet de décision soit réexaminé à la lumière de ces arguments.

18. Par décision du 14 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé, au motif que son atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais que son service médical juge sa capacité de travail

entière dans un poste adapté à son état de santé. Après comparaison des gains, son degré d'invalidité s'élève à 28 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

19. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours en date du 29 novembre 2006. Il se réfère à l'avis de son médecin traitant qui atteste d'une incapacité de travail de 100 % dès le 29 novembre 2001. Il relève que l'observation professionnelle au CIP a clairement démontré ses limitations physiques, de même que sa résistance physique qui rendent impossible un travail à plein temps. Quant à son niveau théorique, il ne lui permet d'accéder qu'à des travaux manuels simples et répétitifs, non compatibles avec les limitations physiques. Il soutient que l'avis médical du SMR du 25 juin 2005 est contredit par le rapport d'observation professionnelle. S'agissant des conclusions de l'expertise du Dr A_____ qui suggère un travail de contractuel ou de surveillant, le recourant relève qu'il n'a absolument pas le profil nécessaire pour un travail de contractuel; en effet, le travail de surveillant de parking expose l'employé à des ports de charge importants ainsi qu'à l'obligation d'intervenir en cas de "grabuge". Dès lors, il convient de considérer que sa capacité de travail est nulle. Enfin, le rapport d'expertise comporte une erreur en ce sens qu'il indique que les douleurs chroniques dont l'origine n'est apparemment pas organique au niveau des épaules semblent le limiter considérablement au niveau de ses deux membres supérieurs, alors que la périarthrite scapulo-humérale calcifiante bilatérale, fort douloureuse et non réversible, est clairement établie. De surcroît, cet expert, malgré cela, a retenu une capacité de travail dans une activité légère de 50%, tout en soulignant que les professions avec autant de limitations physiques sont rares. Il conclut principalement à l'annulation de la décision querellée, à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 100% . Subsidiairement, il soutient qu'il n'est pas possible dans le calcul du salaire théorique de se référer au salaire suisse moyen pour les emplois non qualifiés et qu'il conviendrait de prendre en considération le salaire minimum de la branche, avec un abattement supplémentaire de 25%.

20. Dans sa réponse du 30 janvier 2007, l'OCAI s'est référé aux pièces du dossier et a conclu au rejet du recours.

21. Le Tribunal de céans a interrogé le Dr A_____, afin qu'il donne des explications au sujet de la périarthrite calcifiante des deux épaules, ses effets sur la mobilité de la ceinture scapulaire et la capacité de travail. L'expert a été invité à dire s'il avait tenu compte de cette affection dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant et, dans la négative, d'en expliquer les raisons.

22. Par courrier du 24 juillet 2007, le Dr A_____ a expliqué que la périarthrite calcifiante mentionnée en page 5 de son rapport d'expertise se rapporte aux commentaires du radiologue. Il s'agit en fait de la mise en évidence de calcifications en regard des deux épaules qui peuvent parfois être à l'origine de douleurs, mais également parfois être des découvertes sur des radiographies chez

des personnes symptomatiques. Il aurait été plus juste, sur le plan de l'imagerie, de conclure à des dépôts de calcifications plutôt qu'à une périarthrite qui est un terme clinique. L'examen clinique du recourant avait été laborieux, notamment au niveau des deux épaules, en raison de douleurs très diffuses siégeant à ce niveau, mais étalement au niveau rachidien. Le Dr A_____ ne pense pas que l'on puisse conclure à des éléments cliniques en faveur d'une périarthrite et expose que c'est la raison pour laquelle il avait insisté sur le caractère diffus des douleurs attribuables à des douleurs chroniques dont la nature organique n'est pas évidente, car le patient avait bénéficié en octobre 2003 d'une IRM de l'épaule droite qui n'avait pas mis en évidence de signes de rupture de la coiffe des rotateurs. Il n'a donc pas retenu le diagnostic de périarthrite, mais de douleurs chroniques non liées à des lésions organiques évidentes. Il a confirmé que le recourant présente une capacité de travail résiduelle d'environ 50 % dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges, ni la station immobile prolongée, ni les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs.

23. Ce rapport complémentaire a été communiqué aux parties qui ont été invitées à se déterminer.

24. Par écritures du 16 août 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il ne comprend pas pourquoi le Dr A_____ n'a pas retenu le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale calcifiante bilatérale, alors que l'imagerie médicale a montré une calcification. Il soutient qu'il n'est nul besoin d'une rupture de la coiffe des rotateurs pour poser un tel diagnostic et rappelle que l'expert avait bien relevé une limitation de la mobilité des deux épaules. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de 50 %, il relève que l'expert avait mentionné "il faut tout de même admettre que peu d'activités professionnelles correspondent à ce grand nombre de limitations". Il considère que le Dr A_____ avait totalement minimisé la situation et que son incapacité de travail est substantiellement plus élevée que celle retenue par l'expert.

25. L'OCAI, dans ses écritures du 14 septembre 2007, expose qu'après avoir soumis le rapport complémentaire du Dr A_____ au SMR, il se justifie de retenir, dès le mois de novembre 2001, une capacité de travail de 50 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Après nouveau calcul, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 64 %, de sorte que l'intimé conclut à l'octroi d'un trois-quarts de rente en faveur du recourant.

26. Après échanges des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 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 litigieuse, soit en l'espèce, le 25 septembre 2006 (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 356 consid. 1, et les arrêts cités). Ces principes commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision litigieuse à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 445). Cela reste toutefois sans incidence sur le sort de cette procédure car les normes de la LPGA sur l'invalidité (art. 8) et l'évaluation du taux de l'invalidité (art. 16) correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusque-là par la jurisprudence (ATF 130 V 343). On ajoutera que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision de la LAI), entrées en vigueur au 1er janvier 2004, sont applicables au présent litige au regard des critères rappelés ci-avant.

   De manière générale, 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). A cet égard, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est dès lors soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et par conséquent sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

5. 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 de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'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; 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 125 V 261 consid. 4 et les références). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publiés du 6 mai 2003, I 762/02, et du 10 novembre 2005, I 573/04).

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).

Par ailleurs, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

6. En l'espèce, il est établi que le recourant n'est plus à même, en raison de ses affections somatiques, d'exercer son ancien métier de maçon. Est litigieuse en revanche la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Selon le Dr B_____, médecin traitant, le recourant ne peut plus exercer d'activité lucrative, quelle qu'elle soit, compte tenu des nombreuses limitations qu'il présente, de ses plaintes et de sa formation professionnelle. Les conclusions du COPAI vont dans le même sens ; il n'est pas possible de réinsérer le recourant dans le circuit économique ordinaire, en raison d'une très importante raideur dans tous les mouvements, de l'impossibilité de tenir durablement une position de travail et d'une résistance physique insuffisante pour travailler à plein temps. A ces nombreuses limitations s'ajoute un manque d'habileté manuelle excluant toute possibilité d'effectuer des travaux fins. Le Dr D_____, médecin du COPAI, relève que cliniquement, le patient présente une raideur impressionnante de tout le rachis et une mobilité très diminuée de la ceinture scapulaire. Il conclut que la raideur, la lenteur et le manque d'habileté du recourant notées durant le stage ne sont plus compatibles avec l'exercice rentable d'une profession, en dehors d'une éventuelle activité protégée. Quant au Dr A_____, qui avait expertisé le recourant en février 2002 à la demande de l'assureur-maladie perte de gain, il estimait que le recourant ne pouvait plus travailler dans le bâtiment et que le cas devait être annoncé l'assurance-invalidité pour une tentative de reclassement professionnel dans les meilleurs délais.

Le SMR, dans un premier avis du 24 juin 2004, admet que le recourant est incapable de travailler à 100 % dans les professions du bâtiment, mais considère que les pièces au dossier ne démontrent pas que l'impossibilité de la réadaptation soit la conséquence des affections somatiques chroniques, car le COPAI retient que la mauvaise intégration linguistique est une des raisons de sa faible capacité d'adaptation et d'apprentissage, elle-même limitée par le bas niveau scolaire. Le SMR a proposé en conséquence de confier un mandat d'expertise au Dr A_____, rhumatologue, afin de s'assurer que la situation clinique n'a pas changé.

Le Dr A_____ relève dans son expertise du 16 août 2005, que l'état de santé du recourant a évolué dans le sens d'une diffusion des douleurs, lombaires depuis 1997, au niveau de la nuque ainsi qu'au niveau des deux épaules, avec des cervico-brachialgies. La capacité de travail résiduelle est fort limitée, sur la base de l'examen clinique et notamment des importantes limitations des deux épaules, bien qu'on puisse à ce niveau évoquer une collaboration limitée de la part du patient, en raison des douleurs, ce qui rejoint les conclusions du COPAI. En théorie, selon l'expert, le recourant pourrait exercer, à temps partiel, une activité légère ne nécessitant ni port de charges, ni station immobile prolongée, ni mouvements répétitifs avec les membres supérieurs. Dans une telle activité, la capacité de travail est d'environ 50 %.

Au vu des objections du recourant, qui estimait que l'expert n'avait pas tenu compte, à tort, de la périarthrite des épaules, pourtant objectivée à l'IRM, le Tribunal de céans a interrogé le Dr A_____. Selon les explications de ce dernier, les calcifications des deux épaules peuvent être parfois à l'origine de douleurs, mais constituent parfois aussi des découvertes radiologiques fortuites chez des patients asymptomatiques. Il a rappelé que l'examen clinique du recourant avait été laborieux, non seulement au niveau des deux épaules en raison des douleurs, mais également au niveau rachidien. L'expert a exposé que de son point de vue, l'on ne peut conclure à des éléments cliniques en faveur d'une périarthrite des deux épaules, raison pour laquelle il n'avait pas retenu ce diagnostic et avait insisté sur le caractère plus diffus des douleurs, attribuables à des douleurs chroniques dont la nature organique n'est pas évidente. Il a maintenu ses conclusions, à savoir que le recourant présente, au vu de la situation clinique et des limitations fonctionnelles qu'il avait appréciées, une capacité de travail d'environ 50 % dans une activité adaptée.

Il convient de relever que l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, s'est rallié à ces conclusions.

Le Tribunal de céans constate que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert a tenu compte des douleurs et des limitations des épaules dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, même s'il n'a pas retenu le diagnostic de périarthrite. Les explications détaillées données par l'expert dans son rapport complémentaires sont claires et bien motivées. Enfin, le rapport d'expertise comporte une anamnèse complète, se fonde sur un examen clinique et l'étude du dossier médical, y compris radiologique. Il remplit en conséquence tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui conférer pleine valeur probante. Par ailleurs, les donnes médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs. De surcroît, en l'occurrence, les conclusions du stage comportent des éléments d'appréciation qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, tel que le manque de formation.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'a aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles.

7. Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité du recourant.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

En l'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail durable de 100 % dès le 29 novembre 2001, de sorte que le droit à la rente remonte au plus tôt au 29 novembre 2002 (cf. art. 29 LAI).

Selon les indications de l'employeur, le recourant a obtenu en 2000 un salaire annuel de 60'326 fr., 13ème salaire compris, sur la base d'un salaire horaire de 26 fr. 55, auquel il convient d'ajouter 8,33 % pour les vacances, soit 65'351 fr. Actualisé à 2002 selon l'évolution des salaires nominaux (indice 2047, La Vie économique,

no. 11, 2004 p. 87) le revenu sans invalidité du recourant s'élève, contrairement à ce que l'intimé a retenu, à 68'147 fr.

En ce qui concerne le revenu d'invalide du recourant, il convient, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, d'évaluer ce revenu en se fondant sur les données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et 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 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, 4'557 fr. par mois, soit 54'684 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, le revenu est de 28'504 fr. L'OCAI a procédé à un abattement de 15 %, ce qui apparaît approprié compte tenu de l'âge du recourant, de sa nationalité et de ses années de service. Il en résulte un revenu d'invalide de 24'228 fr.

Comparé au revenu sans invalidité, il en résulte un degré d'invalidité de 64,45 %, ouvrant droit à une demi-rente dès le 1er novembre 2002 et à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI (cf. art. 28 al. 1 LAI teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et en sa nouvelle teneur dès le 1er janvier 2004).

8. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Au regard de l'issue de la procédure, l'intimé versera au recourant une indemnité à titre de dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (cf. art 89H LPA; art. 61 let. g LPGA).

9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Par conséquent, l'intimé est condamné à payer un émolument, que le Tribunal de céans fixe à 500 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 14 novembre 2006.

3. Dit que Monsieur F_____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2002 et à trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul de la rente.

5. L'y condamne en tant que de besoin.

6. Condamne l'OCAI à verser au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

7. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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