RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/859/2006 **ATAS/545/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 juin 2006

En la cause

Monsieur B_____, domicilié Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre — Recourant

contre

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

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après le recourant), né en 1955, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis C, est maçon de profession. Il a tout d'abord travaillé en tant que salarié puis, en août 1989, s'est mis à son compte.

2. En février 1988, le recourant a fait une chute. Depuis lors, il rencontre des problèmes de santé. Il a cessé toute activité lucrative après la faillite de sa société en 1991.

3. Le 11 février 1993, il a été examiné par le Dr A_____, radiologue et spécialiste FMH, qui a constaté une bascule du bassin ayant provoqué une attitude scoliotique de la colonne lombaire, une hyperlordose, un aspect cunéiforme des vertèbres dorsales inférieures avec nodules de Schmorl (trace d'une maladie de Scheuermann) et une spondyliolisthésis sur spondylolyse bilatérale.

4. Le 7 septembre 1993, le recourant atteint de la maladie de Dupuytren, a été opéré de la main gauche puis du tunnel carpien à gauche le 15 avril 1994.

5. Le 26 janvier 1995, le Dr A_____ a constaté en outre un canal lombaire relativement étroit, une spondylolyse bilatérale provoquant un discret antélisthésis, une protrusion discale médiane et paramédiane sans image d'hernie, et une discrète sclérose de surcharge du versant iliaque droite et à moindre degré gauche.

6. Le 23 avril 1996, le recourant a été opéré d'un tunnel carpien à droite avec décompression.

7. Dans un rapport du 13 mai 1997, le Dr A_____ constate au surplus une ébauche d'hernie discale. La spondylolisthésis de grade I explique la protrusion discale postérieure et la sclérose au niveau des articulations peut entrer dans le cadre de lésions dégénératives de surcharge. Enfin, il diagnostique une calcification pariétale des artères iliaques communes à prédominance droite.

8. Le 10 octobre 1997, le recourant a déposé une demande de prestation auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente. Dans cette demande, le recourant a indiqué avoir subi dès février 1993 des incapacités de travail ponctuelles et non suivies à raison de 50 et 100 %.

9. Le 13 novembre 1997, le Dr B_____, spécialiste interne FMH et médecin traitant du recourant, interrogé par l'OCAI, a posé comme diagnostic un canal lombaire étroit, une spondylolyse L5, une spondylolyse ddc L5 sur S1, une bascule du bassin en défaveur de la droite de 2 cm, ainsi qu'une maladie

alcoolique et un état dépressif. Il constate également une diminution nette de la force de la main droite et une force légèrement diminuée de la main gauche. Le recourant se plaint de douleurs dans le dos qui surviennent en position assise et d'une nette diminution de la force de sa main droite qui l'empêche de tenir longtemps ses instruments de maçon. Le médecin traitant mentionne dans ce rapport que le recourant est en incapacité de travail à raison de 50 % depuis septembre 1993 déjà et de 100 % depuis avril 1997.

10. Le 9 février 1998, le médecin traitant, se référant au rapport médical du 13 novembre 1997, a informé par courrier l'OCAI que le recourant était, en l'état, en incapacité totale d'exercer une activité lucrative pour une durée indéterminée. Ceci a été confirmé par un courrier daté du 13 avril 1999, par lequel le Dr B_____ a informé l'OCAI que l'état du recourant n'avait pas évolué.

11. Dans deux rapports médicaux datés des 20 et 22 octobre 1999 adressés à l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie de la main, a constaté dans son premier rapport, l'impossibilité d'améliorer la capacité de travail du recourant par des mesures médicales et le fait que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Il ressort en outre du second rapport que la mobilité des deux mains est complète mais que les mouvements sont effectués avec une certaine résistance mécanique évoquant une synovite chronique. Se référant ensuite à un examen électrodiagnostic du 20 octobre 1999 du Dr D_____, le Dr C_____ rappelle que les valeurs électriques sont à nouveau normales des deux côtés (nerfs médians).

12. Le 14 décembre 1999, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et esthétique et chirurgie de la main, a informé le médecin traitant que "les 12 séances de désensibilisation du ligament annulaire ne semblent pas avoir amené d'amélioration subjective au patient". Il est sceptique quant au futur et affirme que "l'indication opératoire est relative dans cette situation parce qu'il n'existe pas de déficit suffisant à l'Electromyogramme (ci-après EMG) pour espérer une franche amélioration et l'ouverture du ligament risque d'amener une faiblesse supplémentaire du poignet, tout au moins temporaire."

13. Par une note du 29 février 2000, le Dr F_____, médecin conseil de l'OCAI, a constaté que l'EMG effectué sur le patient le 15 novembre 1999 révèle un très discret ralentissement de la vitesse de conduction ce qui est à la limite de la normalité. Ceci, dit-il, est d'ailleurs conforme à l'avis du Dr C_____. Il ajoute que le fait qu'une amélioration de l'état de santé du recourant ne soit plus possible, ne signifie pas que ce dernier est incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a donc requis un complément d'information de la part du Dr E_____. Au surplus, le médecin conseil déclare qu'un spondylolisthésis de degré I est une découverte banale et fortuite, qu'un canal relativement étroit n'est pas un canal étroit, qu'il faut mesurer en

outre le diamètre de la moelle épinière, ce qui n'a pas été effectué par le Dr A_____. Selon lui, cette pathologie ne justifie pas une incapacité de travail à elle seule : seul un canal rétréci est pathologique.

14. Le 4 avril 2000, le Dr E_____ a répondu au Dr F_____. Il y mentionne notamment que la reprise d'une activité de maçon par le recourant paraît peu envisageable en raison non seulement de la sensibilité des mains au froid, mais aussi de l'impossibilité de porter des charges. Le médecin précise en outre qu'une réinsertion professionnelle sera difficile en raison des problèmes directement liés aux mains, mais aussi en raison de dorsalgies, de problèmes socioculturels et de l'état dépressif chronique du patient. En revanche, une activité légère et à plein temps est envisageable de façon immédiate.

15. Le 3 mai 2000, le Dr F_____ a par conséquent conclu que l'activité de maçon n'était plus envisageable pour le recourant, mais qu'une activité légère et à plein temps ne posait pas de problème en ce qui concerne la colonne vertébrale.

16. L'OCAI a soumis le recourant à une observation professionnelle, confiée au CENTRE D'OBSERVATION PROFESSIONNEL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci après : COPAI). Il ressort de son rapport du 22 février 2001 que le recourant a pu participer à toutes les activités proposées sans limitation relevant de l'assurance invalidité et qu'il possède les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique en entreprise. Il s'est toutefois souvent plaint de douleurs physiques. Le stage en entreprise a, en revanche, été un véritable échec plus en raison de la mauvaise volonté du recourant que pour des raisons de santé. L'assuré a par ailleurs fourni deux certificats médicaux consécutifs en alléguant qu'il était fatigué et que le travail demandé était trop dur pour lui. Il n'a donc pas terminé le stage. Le rapport conclut qu'il est possible de réadapter le recourant dans un circuit économique normal, dans une activité simple et légère telle que servant de machine, ouvrier d'usine, de contrôle et de conditionnement de pièces simples. La capacité de travail est évaluée à 75 %, soit 75 % de rendement à plein temps.

17. Le 28 février 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport final, aux termes duquel elle a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 44.42 %. Elle a retenu, pour le salaire sans invalidité, celui de maçon salarié, le recourant n'exerçant aucune activité lucrative en 1993, date de la survenance de l'atteinte à la santé, et, pour le salaire d'invalide, le salaire mentionné par l'UNION INDUSTRIELLE GENEVOISE pour un emploi de travailleur non qualifié, plus favorable au recourant que le salaire résultant de statistiques (ESS, TA1, secteur 2 production, niveau de qualification 4).

18. Le 9 mars 2001, l'OCAI a rendu un projet de décision de rente dans lequel il octroie au recourant une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % dès le 1er septembre 1994, une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1er juillet 1997 et un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 % dès le 1er juillet 2000.

19. Du 22 mars au 30 avril 2001, le recourant a dû être hospitalisé aux (ci-après "établissement hospitalier") suite à une baisse de son état général. Le diagnostic des "établissement hospitalier" révèle alors une sarcoïdose de stade I.

20. Le projet de décision de rente a été contesté par le recourant par le biais de l'HOSPICE GÉNÉRAL dans une lettre du 3 mai 2001.

21. Par courrier du 4 juin 2002, le médecin traitant a informé l'OCAI de la nouvelle pathologie dont était atteint le recourant. Il ajoute que cette maladie est propre à expliquer en grande partie tous les symptômes du recourant, y compris les affections au niveau de la main. Il a alors informé l'OCAI de la nécessité de réévaluer tout le dossier AI soit par une décision, soit par une expertise. De plus, le 24 juin 2002 le Dr B_____ a fait parvenir à l'Office cantonal un rapport de pneumologie des "établissement hospitalier" dont le diagnostic de sarcoïde de stade I, confirmerait les arthralgies invalidantes au niveau des chevilles et des genoux et la prise quotidienne de Prednisone. Il prie ainsi l'OCAI de bien vouloir tenir compte de ces nouveaux éléments.

22. Un rapport médical a été effectué le 25 juillet 2002 sur demande de l'Office cantonal par le centre anti-tuberculeux des "établissement hospitalier". Il ressort de ce rapport médical que le recourant est gêné par des arthralgies invalidantes, que la dyspnée dont il souffre a diminué au stade I et que ses adénopathies médiastinales n'ont quant à elles pas évolué. En outre, sa situation pulmonaire est actuellement stable avec une quasi absence de symptômes. Enfin, il est mentionné dans l'annexe au rapport médical, notamment, que l'activité actuelle du recourant ne peut plus être exigée, que la baisse de rendement du recourant peut être évaluée à 100% et enfin que seule une activité physique légère peut être envisagée pour le futur et ce à raison de huit heures par jour.

23. Le 15 août 2002, le médecin traitant du recourant a fait parvenir à l'Office cantonal un résumé de la pneumologie effectuée par les "établissement hospitalier" qui confirme une sarcoïde de stade II avec atteinte médiastinale, pulmonaire et éventuellement articulaire. Y était joint le rapport des "établissement hospitalier" du 7 août 2002.

24. En réponse à cela, le médecin conseil de l'office a rédigé une note le 11 septembre 2002. Il y mentionne notamment que la sarcoïde, de même que le syndrome pulmonaire obstructif dont est atteint le recourant sont maintenant stabilisés et ne représentent pas une cause d'incapacité de travail prolongée.

25. Le 24 septembre 2002, le médecin traitant du recourant a à nouveau écrit à l'OCAI mentionnant un nouveau rapport effectué par la division de pneumologie des "établissement hospitalier" qui démontrerait une progression de la sarcoïde stade II. Le rapport annexé est celui des "établissement hospitalier" du 7 août 2002.

26. Le 6 juin 2003, l'OCAI a informé le recourant qu'il entendait lui verser une rente AI dans la même mesure que celle qui avait été prévue dans le projet du 9 mars 2001 et qu'un calcul de rente serait effectué prochainement par la caisse cantonale de compensation. Au surplus, une décision sujette à opposition lui serait notifiée prochainement.

27. Par courrier daté du 13 novembre 2003, le recourant a contesté le projet de décision de l'OCAI du 9 mars 2001.

28. Par un courrier daté du 7 mai 2004, adressé à l'OCAI, le recourant a rappelé à l'Office que ce dernier n'avait toujours pas statué sur son cas et l'a informé, par le biais d'un certificat médical que sa santé s'était aggravée dans le sens qu'il était maintenant atteint d'une sarcoïdose, d'une ostéoporose cortinosique, de polyarthralgies et d'une hernie ombilicale opérée en fin 2003.

29. Le 22 octobre 2004, le recourant a déposé un recours auprès du Tribunal de céans pour déni de justice.

30. Par décision du 22 novembre 2004, l'OCAI a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50 %, du 1er octobre 1996 au 30 juin 1997, une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, du 1er juillet 1997 au 30 juin 2000 et un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 44 %, dès le 1er juillet 2000 et pour une durée indéterminée.

31. Par un arrêt du 7 décembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours pour déni de justice sans objet.

32. Le recourant a formé opposition contre la décision du 22 novembre 2004, par pli du 17 décembre 2004, complété le 23 février 2005, contestant en particulier le non octroi d'une rente entière dès le 1er juillet 1997 et ce pour une durée indéterminée.

33. Le 27 juillet 2005, le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL LÉMAN DE L'AI (ci-après SMR) a rendu un rapport médical suite à l'examen clinique bidisciplinaire du recourant, effectué par les Drs G_____, médecin interne et pneumologue FMH et H_____, spécialisé en médecine interne et rhumatologue FMH. Les diagnostics retenus sont les suivants :

    "Avec répercussion sur la capacité de travail :
    Douleur des mains d'origine indéterminée:

Maladie de dupuytren stade 0-1 des rayons 3, 4 et 5 à D

Statut après cure du tunnel carpien à D en 1994 et à G en 1996
Suspicion de syndrome du défilé thoracique
Lombalgie commune :
Discopathies L4-L5, L5-S1
Spondylolyse de L5 avec spondylolisthésis du 1er degré
Sans répercussion sur la capacité de travail :
Statut après sarcoïdose stade I avec probable syndrome de Löffgren.

Après une anamnèse complète (familiale, personnelle, professionnelle, actuelle générale, par système, psychosociale), le SMR a procédé à un examen clinique complet du recourant, en se fondant sur le dossier radiographique. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont pris en considération les plaintes du recourant. On apprend notamment que la société fondée vraisemblablement en 1989 par le recourant et son frère, a fait rapidement faillite, en 1991. Depuis lors, et pour des raisons conjoncturelles, le recourant n'a plus travaillé. Les médecins constatent que les éléments objectifs sont maigres. L'histoire médicale du recourant est complexe, notamment en raison d'éléments socioprofessionnels et assécurologiques importants. Concernant l'évolution de la capacité de travail, ils relèvent que certes de nombreuses atteintes à la santé se sont succédées depuis 1994 mais qu'elles consistent en des problèmes relativement banals qui n'ont généré que des arrêts de travail ponctuels. Les médecins rejoignent les conclusions du COPAI sur la capacité de travail exigible. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : éviter le froid pour les mains, éviter des sollicitations excessives des épaules, pas de manipulations fines, altérer les positions pour le rachis, charges limitées, pas de porte à faux.

34. Un rapport effectué par les Drs I_____, J_____ et K_____ du service de pneumologie des "établissement hospitalier" le 20 septembre 2005 indique que le recourant est atteint d'une sarcoïdose de stade I, de polyarthralgies et d'une ostéoporose cortisonique. En outre, il mentionne que le recourant est tout à fait stable d'un point de vue pulmonaire, de même en est-il des polyarthralgies dont il souffre.

35. Par un courrier du 5 octobre 2005, le recourant a contesté le rapport du SMR du 27 juillet 2005.

36. Dans une note du 30 novembre 2005, l'OCAI a repris le calcul du taux d'invalidité. Il observe, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, que le recourant a mis un terme à son activité de maçon il y a de nombreuses années, puis a exercé deux années à titre d'indépendant dans une société qui a fait rapidement faillite. Il n'est dès lors pas possible de se baser sur des données concrètes. Il faut dès lors prendre comme base de revenu les ESS pour l'année

1997. En ce qui concerne le taux d'activité avec invalidité, il est mentionné que le recourant peut exercer à raison de 100 %, avec un rendement de 75 %, une activité adaptée. En outre, il y a lieu de considérer que les secteurs de la production et des services recouvrent suffisamment de postes de travail correspondant aux limitations fonctionnelles du recourant, de sorte que l'on peut se référer aux ESS, niveau 4. Il y a lieu toutefois de procéder à un abattement sur le revenu statistique de 15 % pour prendre en considération l'âge du recourant et ses limitations fonctionnelles.

37. Par conséquent, le 2 décembre 2005, l'OCAI a avisé le recourant d'une possible reformatio in pejus dans la mesure où le recourant ne recevrait désormais plus de rente dès le 1er avril 1997, son taux d'invalidité étant estimé à 37 % dès le 1er janvier 1997. Le taux d'invalidité de 50 %, dès le 1er octobre 1996, n'a toutefois pas été remis en question.

38. Le 12 décembre 2005, le recourant a transmis à l'OCAI un courrier du Dr A_____, transmis au médecin traitant, portant sur les résultats des deux imageries par résonance magnétique qu'il a effectuées. Ce courrier a été transmis à l'OCAI le 12 décembre 2005 par le recourant. La première imagerie effectuée sur le poignet droit montre une lame liquide dans la face dorsale et latérale externe de scaphoïde carpien évoquant une discrète synovite et un aspect relativement bombé du ligament annulaire avec signal homogène du nerf médian. La seconde imagerie met en évidence une discrète synovite bordant la face dorsale des os du carpe surtout le scaphoïde et l'extrémité distale du cubitus, un signal hyperintense et une tuméfaction modérée du nerf médian faisant suspecter un syndrome de tunnel carpien.

39. Vu la transmission des rapports médicaux susmentionnés, l'OCAI a demandé un avis au SMR qui, dans une note du 3 janvier 2006, a maintenu ses conclusions du 27 juillet 2005.

40. Par un courrier adressé à l'OCAI le 18 janvier 2006, le recourant a informé ledit Office qu'il n'entendait pas retirer son opposition malgré une possible reformatio in pejus. En substance, il fait valoir que les rapports médicaux récents, soit ceux des Drs A_____, J_____ et K_____, attestent une aggravation de son état de santé et qu'en raison de ces affections, il est en totale incapacité de travail. Par conséquent, il conteste totalement le rapport du SMR Léman.

41. Par décision sur opposition du 3 février 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition et, en se référant à l'avis du SMR, a estimé le taux d'invalidité du recourant à 45 % au 1er janvier 1997, avec pour conséquence le remplacement de la demi-rente servie jusqu'au 30 juin 1997 et de la rente entière servie du 1er juillet 1997 au 30 juin 2000 par un quart de rente, avec effet au 1er avril 1997. A noter que l'octroi d'une

demi-rente du 1er octobre 1996 au 31 mars 1997 n'a pas été remis en question. L'OCAI a retenu les mêmes revenus à comparer mais, s'agissant de l'abattement sur revenu d'invalide, il a estimé qu'il se justifiait de procéder à un abattement de 25 % en raison des limitations fonctionnelles du recourant, de son âge, de la fin prématurée de sa scolarité obligatoire et de l'absence de formation professionnelle.

42. Par acte du 9 mars 2006, le recourant a formé un recours contre cette décision sur opposition, en concluant d'une part à l'annulation de la décision sur opposition et d'autre part à l'octroi d'une rente entière de l'assurance invalidité pour une durée indéterminée avec suite de dépens. Il fait valoir que le dossier n'a pas été instruit correctement. Il conteste le rapport du SMR en déclarant qu'il n'est pas étayé, "qu'il regorge de contradictions" et que l'évaluation de sa capacité de travail se fonde sur le rapport du stage professionnel, datant de plus de cinq ans et qui a dû être interrompu en raison d'une grave maladie.

    Il produit en annexe de son recours un rapport médical du Dr B_____. En substance ce praticien s'étonne de l'analyse de l'OCAI, et rappelle l'ensemble de la problématique médicale de son patient. Il précise qu'à son avis "une reprise de travail ne [lui] paraît pas être possible actuellement, en tout cas pas à 100 % (…). Si un travail devait être envisagé, ceci pourrait être un travail non physique avec quelques heures par jour, dans un travail très léger". Il considère que son patient devrait en tout cas bénéficier d'une invalidité à 50 %.

43. Dans sa réponse du 3 avril 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition à laquelle il se réfère pour le surplus.

44. Par pli du 11 avril 2006, cette écriture a été communiquée au recourant et 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, 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.

Conformément à l'art. 56 V al.1 let. a ch. 2 LOJ, le tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure sont quant à elles immédiatement applicables (ATF 127 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné, en l'espèce, au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date, soit des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la quatrième révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et donc sur la question de savoir notamment si c'est à juste titre que l'OCAI a ramené le droit du recourant à un quart de rente.

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, en ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demie rente, si son invalidité a atteint 66 2/3% une rente entière. Dans les cas pénibles une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demie rente (art. 28 al. 1bis LAI). Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au

moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Cette disposition légale a gardé en substance la même teneur depuis le 1er janvier 2003.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI qui renvoie à l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on pourrait raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibré du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

   Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. Il ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire. Le juge peut et doit donc tenir compte que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de

l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb).

A cette occasion, on rappellera que les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise au sens des considérants ci-dessus.

7. Dans le cas d'espèce, le SMR, dans son rapport du 27 juillet 2005, a pris en considération l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. En outre, il s'est fondé sur des examens cliniques et pluridisciplinaires complets et a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi à la lumière de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Il en découle que le rapport SMR remplit toutes les exigences de la jurisprudence permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Le SMR est arrivé à la conclusion, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, que le rapport du COPAI du 22 février 2001 fixant la capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée, peut être suivi. Cet avis est d'ailleurs en concordance avec l'évaluation du Dr E_____. En effet, ce dernier a mentionné au Dr F_____, dans son courrier du 4 avril 2000, que "si la reprise d'une activité de maçon est du point de vue des mains, difficilement envisageable, une activité légère devrait par contre être possible à pleins temps, dès à présent." De même en est-il du centre anti-tuberculeux des "établissement hospitalier" qui, dans son rapport médical du 25 juillet 2002, précise que le recourant peut exercer une activité physique légère à raison de huit heures par jour. Les "établissement hospitalier" ajoutent que " ces réponses se réfèrent à l'atteinte articulaire pour laquelle le patient est suivi par le Dr Hany".

S'agissant de la sarcoïdose, le SMR a expliqué de façon convaincante qu'elle n'a généré que des arrêts de travail sur de brèves périodes et qu'elle s'est stabilisée. A cet égard, et contrairement à ce que prétend le Dr. B_____ dans son rapport du 24 septembre 2002, la sarcoïdose stade II ne s'est pas aggravée, preuve en est que le médecin a repris le rapport médical des "établissement hospitalier" du 7 août 2002 pour étayer ses propos et qu'il ressort dudit rapport que l'état du patient s'est stabilisé et qu'il lui est conseillé une activité physique régulière.

En outre, le Dr F_____, dans une note du 3 janvier 2006, précise que les derniers éléments médicaux connus, à savoir le rapport des "établissement

hospitalier" du 29 août 2005 qui mentionne que les fonctions pulmonaires de même que la dyspnée sont stables, et les IRM effectuées les 24 et 25 octobre 2005, ont été pris en compte lors de l'examen par le SMR et qu'il en a été tenu compte pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Ces documents n'apportant rien de nouveau, ils ne modifient donc pas la capacité de travail évaluée à 75 % dans un poste adapté.

Contrairement donc à ce que prétend le recourant, le rapport du SMR prend en considération les éléments médicaux les plus récents et n'est pas en contradiction avec les documents des différents médecins que le recourant a consultés, notamment son médecin traitant, dont on a vu qu'il faut prendre les conclusions avec retenue. A noter que le recourant n'explique pas en quoi le rapport du SMR regorgerait de contradictions. Enfin, le dossier est très complet, de sorte que la critique du recourant portant sur le manque d'instruction tombe à faux.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu une capacité de travail entière dans une activité légère, avec un rendement de 75 %. S'il est exact que le rapport du COPAI date de février 2001, ses conclusions, comme on l'a vu sont concordantes par rapport aux différentes évaluations médicales, de sorte qu'il reste d'actualité.

8. Cela étant précisé, il convient d'examiner le calcul de l'invalidité, qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

Selon les indications données par le recourant, qui figurent dans sa demande de prestation AI, le droit à la rente semble prendre naissance dans le courant de l'année 1995 (art. 29 al. 1 let. b LAI). Toutefois, en vertu de l'art 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande de prestation plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le recourant a déposé sa demande le 10 octobre 1997, soit plus de 12 mois après la naissance du droit à une prestation AI, de sorte que sa demande est tardive. Il en résulte que le versement d'une rente ne peut effectivement prendre effet que le 1er octobre 1996. Cela étant, la demi-rente accordée dès cette date jusqu'au 31 mars 1997 n'est pas remise en cause et ne sera pas examinée ici. Seul doit être examiné le taux d'invalidité à partir d'avril 1997.

Chez les assurés actifs, le degré d’invalidité doit être déterminé sur la base d’une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s’effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

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).

Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

C'est ainsi que dans un arrêt du 29 août 2005, (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5.), le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'un abattement de 20 %, fixé par l'instance cantonale, était conforme à la jurisprudence pour une personne née en 1944, manœuvre en bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements. Par ailleurs, dans un arrêt non

publié du 6 juillet 2005 (ATFA non publié, I 149/2005, consid. 6.2.), le TFA a admis une réduction de 15 % pour une personne présentant des limitations fonctionnelles sur le plan physique et étant dépourvue de toute formation. En outre, le TFA (ATFA non publié du 29 juillet 2003, I 405/03 consid 5.2.) a admis, dans une autre cause, une réduction de 25 % opérée par l'instance inférieure en raison de l'atteinte à la santé du recourant, de sa capacité résiduelle de travail et de son âge. A noter que le recourant avait vingt ans d'expérience dans le domaine en question. On notera que le TFA a confirmé, dans un arrêt (ATFA non publié du 2 juin 2003, I 224/2004, consid. 4.2.3.), la réduction de 20 % octroyée par l'OCAI en raison des limitations d'un assuré, atteint de rachialgies diffuses chroniques dans le cadre d'une hypercyphose dorsale et de discopathies L4-L5 et L5-SI, d'hyperostose vertébrale cervico-dorsale, de syndrome de majoration des plaintes, de syndrome rotulien bilatéral, d'antécédents d'ulcère gastrique et de sinusite chronique. En revanche, notre plus haute instance n'a pas admis la réduction de 25 %, réclamée par le recourant qui invoquait en plus son âge et sa nationalité, au motif qu'il était né en 1952, qu'il était au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle acquise en Suisse depuis 1977. A l'inverse, dans un arrêt non publié (ATFA du 10 mai 2002, 1 481/01, consid. 4.), le TFA a retenu le taux maximum de réduction, soit 25 %, en raison de l'âge de l'assuré, né en 1947, de sa scolarité interrompue à l'âge de 12 ans, de la limitation de son acuité visuelle et des diverses limitations décrites par les médecins liées à son activité. Enfin, dans un arrêt du 14 septembre 2005 (ATFA non publié, I 808/2004, consid. 3.3. et 4.4.), le TFA a estimé qu'un abattement de 20 % ne se justifiait pas en l'espèce, la juridiction cantonale ayant accordé une trop grande importance au handicap de l'assuré, alors qu'il en avait déjà été tenu compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Un des seuls éléments susceptibles d'influer sur la capacité de travail du recourant, ajoutait le TFA, était, dans le cas particulier, son absence de formation professionnelle, ce qui légitimait une déduction de 10 % tout au plus. Toutefois, ceci conduisant à une reformatio in pejus au détriment de l'assuré et, dans la mesure où le jugement cantonal ne concluait qu'à la confirmation de sa décision sur opposition, le TFA a renoncé à faire usage de cette faculté donnée au juge (ATF 119 V 249).

9. Dans le cas d'espèce, il faut se référer, pour le revenu d'une personne invalide dans des activités simples et répétitives, aux statistiques figurant dans le TA1 de l'ESS 1998, rubrique 4 (activités simples et répétitives) pour un homme en tenant compte de l'intégralité des secteurs économiques, soit 4'268 fr. par mois. Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 1997 (41.9 heures), on obtient alors un salaire de 4'470 fr. 75 par mois. Il convient de réactualiser ce salaire en fonction de l'indice des salaires nominaux (cf. Annuaire statistique de la Suisse 2001, T3.4.3.2, p. 2004), ce qui donne un revenu de 4'441 fr. pour un mois. Reste encore à adapter ce chiffre en fonction du rendement

encore exigible à savoir 75 %, ce qui donne alors un revenu mensuel s'élevant à 3330 fr. 75., soit un revenu annuel de 39'969 fr.

Pour le revenu sans invalidité il faut tenir compte du fait que le recourant était à son compte avant la cessation de son activité lucrative. Toutefois, sa société ayant rapidement fait faillite, on ne saurait prendre en considération le dernier gain qu'il a réalisé. On ne peut donc pas se baser sur des données concrètes. Néanmoins, le recourant ayant toujours travaillé dans le domaine de la maçonnerie, il convient de se référer, pour déterminer le revenu sans invalidité, à l'ESS 1998, tableau TA1, niveau 4 (sans formation), secteur 45 (construction). Après avoir adapté ce revenu à l'horaire usuel dans les entreprises en 1997 et avoir indexé ce montant en fonction de l'indice suisse des salaires nominaux, on obtient alors un revenu mensuel de 4'344, et annuel de 54'241 fr. 20.

Par conséquent, le Tribunal de céans constate que la comparaison des revenus a été faite correctement par l'OCAI.

Reste à examiner quelle réduction doit être effectuée sur le revenu d'invalide. En effet, dans son avis de reformatio in pejus, l'OCAI avait pris en considération une réduction de 15 %, ce qui conduit à l'absence de toute rente, selon le calcul suivant:

$$\frac{54'241.20 - 33973.65 \times 100}{54'241.20} = 37.37\ \%$$

Par ailleurs, dans sa décision sur opposition, l'OCAI a retenu un pourcentage de réduction de 25 %, ce qui conduit à l'octroi d'un quart de rente, selon le calcul suivant:

$$\frac{54'241.20 - 29'976.75 \times 100}{54'241.20} = 44.\ 73\ \%$$

Au vu de la jurisprudence du TFA susmentionnée, le Tribunal de céans constate que, bien que généreuse, le réduction de 25 % octroyée par l' OCAI peut être confirmée.

Il en découle que seul un quart de rente, pour la période postérieure à mars 1997 est dû au recourant de sorte que le recours devra être rejeté.

10. A noter que l'OCAI a procédé à une reformatio in pejus dans sa décision sur opposition.

Selon la jurisprudence constante, lorsqu'une autorité envisage de procéder à une reformatio in peius de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui donner l'occasion de s'exprimer (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités). Peu importe que cette obligation soit ou non expressément prévue par la loi; elle résulte de toute manière de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 122 V 167 consid. 2a, 120 V 94 consid. 5a et les références). Le droit d'être entendu étant de nature formelle, il est protégé indépendamment des conséquences matérielles entraînées par sa violation. Ainsi, une décision prise en violation de ce droit doit être annulée, sans égard aux chances de succès sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa). Par ailleurs, dans une telle situation, la partie invitée à s'exprimer sur l'éventualité d'une réforme à son détriment de la décision entreprise doit être expressément rendue attentive à la possibilité de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2b). Dans le cas l'espèce, toute la procédure décrite ci-dessus a été respectée par l'OCAI.

*****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La présidente
Pierre Ries	Isabelle DUBOIS

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