RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1066/2006 **ATAS/768/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 5 septembre 2006

En la cause

Monsieur H_____, domicilié CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LIRONI Marc	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur H_____, ressortissant espagnol, est né le 1961 en Espagne, où il a effectué sa scolarité obligatoire.

2. Sans formation professionnelle, il est venu s'établir en Suisse en 1981. Il a alors travaillé comme magasinier chez X_____de 1982 à 1986, puis chez Y_____ S.A. de 1987 à 1992. Après une période de chômage, il a bénéficié d'une occupation temporaire auprès du CICR du 7 avril au 6 octobre 1994. Dès le 7 octobre 1994, il a été engagé auprès du CICR en tant qu'employé d'entretien des machines à photocopier, et ce jusqu'au 31 décembre 1995. Après une nouvelle période au chômage, il a bénéficié dès le 10 février 1997 d'une occupation temporaire en tant que magasinier auprès de Z_____S.A.

3. Le 18 juillet 1997, l'intéressé a fait une chute dans les escaliers qui lui a occasionné une fracture du pilon tibial gauche et une fracture du péroné proximal à gauche. Cet accident, dont les suites ont été prises en charge par l'assureur-accidents, la SUVA, a entraîné une incapacité de travail entière.

4. Hospitalisé auprès des (ci-après "établissement hospitalier") du 18 juillet au 19 août 1997, l'assuré a, selon le rapport de la clinique d'orthopédie de cet établissement daté du 20 août 1997, bénéficié de la mise en place d'un fixateur externe, lequel a ensuite été remplacé par une ostéosynthèse par plaques de reconstruction et plaque tiers tube. Les suites post-opératoires étaient simples, avec une évolution tout à fait favorable.

5. Dans ses rapports intermédiaires des 23 octobre 1997 et 8 janvier 1998 adressés à la SUVA, le Dr A_____, médecin généraliste de l'assuré, a indiqué que l'évolution de l'état de santé de son patient était bonne et que le contrôle radiologique était satisfaisant. L'incapacité de travail était alors totale.

6. Dans son rapport intermédiaire daté du 16 mars 1998, le Dr A_____ a indiqué que l'assuré souffrait également de la maladie de Sudeck. L'évolution sous physiothérapie était néanmoins bonne et la durée probable de l'incapacité de travail était évaluée à 3 mois supplémentaires.

7. Le Dr B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a examiné l'assuré en date du 9 avril 1998 et rendu un rapport à cette même date. Sur la base des clichés de la jambe et cheville gauches effectués à sa demande, le Dr B_____ a constaté que si la fracture était en voie de consolidation, une ostéoporose était néanmoins assez nette au niveau du squelette jambier distal et du pied. Il existait une limitation fonctionnelle, des douleurs à la charge et l'état était stationnaire. Etant donné que la consolidation n'était pas encore acquise, il était alors impossible d'estimer de façon valable les possibilités d'une reprise du travail.

8. Le 16 avril 1998, la Dresse C_____, cheffe de clinique adjointe de la division de médecine physique et rééducation auprès des "établissement hospitalier", a informé le Dr D_____, médecin assistant de la policlinique de chirurgie auprès des "établissement hospitalier", que les examens pratiqués faisaient suspecter une algoneurodystrophie ou un processus infectieux, raison pour laquelle des investigations complémentaires avaient été sollicitées.

9. Dans son rapport du 8 mai 1998, le Dr D_____ a relevé que les examens avaient permis d'exclure une pseudarthrose ou un processus infectieux. L'articulation tibio-astragalienne montrait cependant un franc début d'arthrose post-traumatique. L'évolution clinique et radiologique était néanmoins encourageante, avec des images allant dans le sens d'une consolidation. Vu la nette amélioration de la symptomatologie, il proposait la poursuite de la physiothérapie en piscine et une reprise du travail à 25%.

10. En date du 1er juillet 1998, le Dr D_____ a réexaminé l'assuré et a informé la Dresse C_____ de ses constatations dans un rapport daté du même jour. Après avoir rappelé les diagnostics retenus - status après fracture comminutive du pilon tibial gauche traitée par réduction et mise en place d'un fixateur externe le 19 juillet 1997, suivie d'une ostéosynthèse le 8 août 1997, et status après algoneurodystrophie du Sudeck de la jambe gauche traitée par push-nasal de myocalcic en janvier 1998, évolution favorable -, le Dr D_____ a constaté qu'il y avait globalement une nette amélioration. L'assuré marchait sans canne et occasionnellement avec une canne à droite. Concernant la reprise du travail, les travaux lourds n'étaient vraisemblablement plus envisageables. Néanmoins, une reprise à 100% dans des travaux légers, de préférence à un poste assis, était exigible dès le 1er juillet 1998. Une aide pour le reclassement était donc souhaitable.

11. Le 16 juillet 1998, le Dr A_____ a établi un certificat d'incapacité de travail totale depuis le 18 juillet 1997, pour une durée indéterminée.

12. Par courrier du 23 juillet 1998, la SUVA a avisé son assuré qu'au vu des renseignements médicaux en sa possession, ce dernier était en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée à son état de santé, et ce à plein temps. Elle mettait donc fin au versement des indemnités journalières dès le 3 août 1998.

13. Le 22 septembre 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

14. Par certificat médical daté du 19 octobre 1998, le Dr A_____ a expressément annulé la reprise de travail préconisée par le Dr D_____ et indiqué que l'incapacité de travail était nulle depuis le 18 juillet 1997, et ce pour une durée indéterminée.

15. Le 10 novembre 1998, le Dr A_____ a fait part à la SUVA d'une mauvaise évolution de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 1998, avec douleur chronique de la cheville gauche et une impotence fonctionnelle avec boiterie. Les traitements entrepris étaient alors la physiothérapie, le repos et la décharge. Il a précisé qu'en raison de la boiterie et des douleurs, l'assuré ne pouvait reprendre le travail comme cela avait été convenu avec le Dr D_____.

16. Le 26 novembre 1998, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B_____. Il résulte de son rapport daté du lendemain, que les clichés, effectués dans le cadre de cet examen, permettaient de constater que les fractures s'étaient consolidées. Il existait toutefois une ostéoporose encore diffuse du squelette jambier distal, ainsi qu'une arthrose post-traumatique avancée de l'articulation tibio-tarsienne, occasionnant une limitation fonctionnelle. L'état était stationnaire et l'assuré présentait des douleurs lors de certaines sollicitations. Pour le Dr B_____, ni les contrôles médicaux réguliers, ni les séances de physiothérapie n'étaient plus nécessaires. Il se justifiait que l'intéressé évite certaines sollicitations, surtout si elles étaient prolongées et/ou répétées, telles que: la marche, surtout sur terrains inégaux, en pente ou inclinés, les stations debout, les accroupissements, les agenouillements et les ports de charges. Par contre, dans toute activité, tantôt assise, tantôt debout avec changements fréquents de positions, le patient pouvait travailler à temps complet et avec un rendement total. En ce qui concerne l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr B_____ a indiqué craindre une aggravation future pouvant mener à une arthrodèse tibio-tarsienne, raison pour laquelle il retenait une atteinte de 15%.

17. Invité ensuite par la SUVA à se déterminer sur les appréciations différentes auxquelles avaient abouti les Drs D_____ et A_____ concernant la capacité de travail de l'assuré, le Dr B_____ a précisé dans une note datée du 9 décembre 1998, que lors de l'examen qu'il venait d'effectuer, il n'avait relevé aucun argument permettant de modifier l'appréciation faite par le Dr D_____.

18. Par décision du 14 décembre 1998, la SUVA a confirmé la cessation du versement des indemnités journalières dès le 3 août 1998, et ce compte tenu de la capacité de travail entière existant dans une activité légère. Un taux de 15% d'atteinte à l'intégrité a par ailleurs été reconnu. L'assuré a fait opposition à cette décision.

19. Par courrier du 12 avril 1999 adressé au conseil de l'assuré, le Dr A_____ a indiqué que la situation était stabilisée et que l'intéressé ne pouvait raisonnablement exercer aucune activité professionnelle.

20. Dans son rapport intermédiaire daté du 2 décembre 2000, adressé à l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué une stabilisation de la situation au 12 avril 1999 ainsi qu'une péjoration depuis août 1999. Il a précisé que depuis l'été 1999, la cheville gauche était parfois tuméfiée et qu'en outre il existait une douleur à la marche, une

irradiation dans le talon, une instabilité de la cheville gauche, une douleur flexion/extension, ainsi qu'une baisse de la mobilité. Le patient ne suivait cependant aucun traitement. Selon le médecin traitant, un examen médical complémentaire était indiqué et une rente de 50% devait être envisagée. Enfin, aucun reclassement n'était possible compte tenu de la faiblesse intellectuelle et du niveau scolaire limité du patient.

21. A ce rapport était annexé un formulaire concernant les capacités professionnelles de l'assuré, telles que le médecin traitant avait pu les apprécier lors de sa consultation du 25 août 2000. Il en résulte que l'assuré avait notamment les capacités fonctionnelles suivantes: 8 heures par jour en position assise, l'alternance des positions assis/debout, position accroupie, inclinaison du buste, port de charges limité à environ 5 kg, se baisser. Des limitations fonctionnelles existaient en ce qui concerne la position debout, la même position du corps pendant environ deux heures, la marche, la position à genoux, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. La capacité de travail raisonnablement exigible, compte tenu des limitations existantes, était impossible dans l'activité de transporteur. Elle était également impossible dans une autre profession, et ce vu le rendement intellectuel limité de l'assuré.

22. Le 2 juillet 2001, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré et a effectué de nouvelles radiographies de la cheville gauche. Selon ce médecin, il y avait effectivement eu une aggravation de l'arthrose post-traumatique depuis l'examen du 26 novembre 1998 effectué par le Dr B_____. Cette aggravation était modérée et ne modifiait pas de manière fondamentale les termes de l'exigibilité et de l'atteinte à l'intégrité fixées par le Dr B_____. La symptomatologie douloureuse était plus fréquente et l'arthrose provoquait certaines limitations qui avaient été énumérées par le Dr B_____ en 1998. Les activités impossibles étaient toujours les mêmes. Dans une profession adaptée, l'assuré pouvait donc travailler à temps complet avec un rendement complet. Le Dr E_____ a par ailleurs contesté l'évaluation du taux d'invalidité de 50% faite par le Dr A_____, en relevant que ce dernier avait tout de même constaté des capacités fonctionnelles correspondant à celles posées par le Dr B_____.

23. Par décision du 17 août 2001, la SUVA a annulé sa décision du 14 décembre 1998 et a accordé à l'assuré une rente dès le 1er août 1998 pour une incapacité de gain de 20%. Elle a retenu une capacité de travail entière dans le secteur industriel, pour autant que l'intéressé puisse travailler en position assise. Dans une telle activité, l'assuré pourrait réaliser un revenu de 3'450 fr. par mois (part du 13ème salaire incluse). Comparé au gain de 4'200 fr. qui aurait été le sien sans survenance de l'accident, il en résultait une perte de 20%. L'assureur-accidents a versé également une indemnité pour atteinte à l'intégrité compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 15%.

24. Le 17 septembre 2002, l'assuré a présenté une demande d'indemnités auprès de la Caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après la caisse). Il a alors déclaré être disposé à travailler à 80%. Par décision du 5 mars 2003 rendue par l'Office cantonal de l'emploi, l'assuré a été reconnu apte au placement à 50% dès le 17 septembre 2002, et un délai-cadre a été ouvert dès cette date jusqu'au 16 septembre 2004. Il résulte de cette décision que l'assuré envisageait de travailler en tant que magasinier/vendeur et que la caisse s'est fondée sur les certificats médicaux établis par le Dr A_____ en date des 16 janvier et 14 février 2003, faisant état d'une reprise de travail possible à 50% dès le 17 septembre 2002.

25. Par courrier du 24 septembre 2002, l'OCAI a demandé à l'assuré de lui fournir des informations concernant notamment son état de santé et sa situation professionnelle. L'assuré n'y a pas donné suite.

26. Par courrier du 9 janvier 2004, l'OCAI a réitéré sa demande. L'assuré a alors notamment répondu que son état de santé et sa capacité de travail étaient stationnaires, qu'il n'avait pas repris d'activité lucrative, qu'il bénéficiait des prestations de l'assurance-chômage et qu'il était toujours suivi par le Dr A_____.

27. Invité par l'OCAI à lui faire part de ses appréciations concernant l'évolution de l'état de santé de l'intéressé depuis décembre 2000, le Dr A_____ a, dans un rapport intermédiaire daté du 10 mars 2004, indiqué que depuis fin 1998, il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent, pas d'aggravation. Il n'y avait pas eu de changement dans le diagnostic et seul le status post-fracture de la cheville gauche avait une répercussion sur la capacité de travail de son patient, laquelle était nulle depuis le 18.07.1997. L'assuré ne suivait aucun traitement et la précédente consultation remontait au 19 juin 2003. Sur la base des constatations qu'il avait pu faire lors de sa consultation du 10 mars 2004, le Dr A_____ a relevé chez son patient les capacités fonctionnelles suivantes : position assise, inclinaison du buste, position accroupie, l'utilisation des bras et des mains, la possibilité de se baisser, mouvements des membres et du dos. Par contre, des limitations fonctionnelles existaient concernant la position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'alternance des positions assis/debout/marche, la position à genoux, le port de charge, la marche, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il a précisé qu'un retour au travail n'était pas envisageable, et ce ni dans l'activité exercée avant l'accident, ni dans une autre activité, en raison des douleurs de la cheville gauche et de la pauvreté intellectuelle, cette dernière empêchant toute réinsertion.

28. Le Dr F_____, médecin auprès du SMR, a relevé, en date du 24 mai 2004, l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré depuis 1998. Il a estimé que l'intéressé avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée et que des limitations fonctionnelles existaient pour les déplacements et la position debout.

29. En date du 18 février 2005, un entretien a eu lieu entre l'assuré et le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Selon le rapport de l'OCAI du 22 mars 2005, l'assuré a expliqué pouvoir travailler en position assise, mais pas dans une pièce fermée en raison des fortes angoisses que cela lui provoquait. L'assuré se voyait par contre occuper un poste de concierge d'immeuble. Suite à cet entretien, l'OCAI a estimé que toute investigation supplémentaire se révélait inutile et qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'entrait en considération, étant donné que l'assuré ne contestait pas son aptitude au travail et qu'il avait volontairement restreint son choix à la profession de concierge.

30. Par décision du 7 avril 2005, l'OCAI a, en procédant à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré selon la méthode générale de comparaison des revenus, avisé son assuré qu'il présentait une invalidité de 6%, taux ne donnant pas droit à une rente, raison pour laquelle sa demande devait être rejetée. L'OCAI a retenu un salaire annuel avec invalidité de 45'601 fr. ainsi qu'un revenu annuel sans invalidité de 48'503 fr.

31. Une décision identique, datée du 25 août 2005, a été notifiée au domicile élu de l'assuré.

32. Le 28 septembre 2005, l'intéressé a formé opposition contre cette décision. Il a expliqué que depuis l'expertise du Dr E_____ réalisée le 2 juillet 2001, son état de santé s'était aggravé. Selon lui, l'OCAI ne pouvait retenir un revenu d'invalide alors qu'aucune expertise médicale n'avait été réalisée pour déterminer quelle serait sa capacité de travail. Il indiquait être incapable de réaliser une activité lucrative, et ce même à temps partiel. Il précisait enfin qu'un certificat médical attestant de l'aggravation de son état de santé serait produit par la suite.

33. Renseignements pris par l'OCAI auprès de la SUVA en date 16 février 2006, aucune demande de révision n'a été déposée par l'assuré auprès de la SUVA.

34. Par décision sur opposition du 20 février 2006, l'OCAI a confirmé sa décision. Elle a fait valoir que selon le Dr E_____, l'aggravation qu'il avait constatée le 3 juillet 2001 n'avait pas modifié l'exigibilité précédemment reconnue par le Dr B_____, à savoir une capacité de travail entière dans toute activité légère. Sur cette base, la SUVA avait d'ailleurs retenu, par une décision qui était entrée en force, un degré d'invalidité de 20%. En outre, le Dr A_____ avait également confirmé dans son rapport médical du 10 mars 2004 que l'état de santé de son patient n'avait subi aucune modification. L'assuré n'ayant apporté aucun élément concret laissant supposer une aggravation de son état de santé, il n'y avait pas lieu, selon l'OCAI, d'ordonner une expertise médicale. Enfin, les montants des salaires avec et sans invalidité n'avaient par ailleurs pas été contestés par l'assuré.

35. Par écriture du 24 mars 2006, l'assuré a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 20 février 2006, en reprenant en substance les arguments indiqués dans son opposition. Il explique que l'aggravation de son état de santé est due à

l'arthrose développée suite à l'accident. Selon lui, l'intimé a estimé à tort son taux d'invalidité en se fondant sur des avis médicaux établis il y a plus de huit ans. Il indique que, non seulement le Dr A_____, en ce qui concerne son rapport du 10 mars 2004, mais également le SMR, sont parvenus à la conclusion que son état de santé était stationnaire, sans l'avoir soumis préalablement à des examens médicaux. Il conteste par ailleurs pouvoir réaliser un revenu annuel avec invalidité de 45'601 fr. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et à l'octroi d'une rente entière.

36. Invité à se déterminer, l'intimé a, en date du 12 avril 2006, produit son dossier et a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition, le recourant n'ayant fait état d'aucun élément complémentaire par rapport à l'argumentation développée dans son opposition.

37. Par courrier du 24 avril 2006, le Tribunal de céans a transmis au recourant une copie de l'écriture de 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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relative à la loi fédérale 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 de l'assurance-invalidité. La décision sur opposition litigieuse, du 20 février 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit éventuel à une rente d'invalidité, qui prendrait

naissance au plus tôt en 1998 (art. 29 al. 1 let. b LAI), est régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème révision de l'AI n'ont modifié les notions relatives à l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, à la manière de l'évaluer, au principe de la libre appréciation des preuves, à la valeur probante des rapports médicaux et à la méthode de comparaison des revenus (ATF 130 V 343 et ATFA non publié du 25 janvier 2006, I.380/2005 consid. 1.3).

4. En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige concerne le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement le degré de sa capacité de travail et l'évaluation du taux d'invalidité.

6. a) Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur au 31 décembre 2003, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

   b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans le cadre 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15). 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). 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).

7. 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. OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration et 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, qu'elle 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 pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, 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). Par ailleurs, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier n'a de valeur probante que si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438, p. 345).

   b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

   c) Lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. Le recourant conteste la capacité de travail retenue par l'OCAI au motif que son état de santé se serait péjoré depuis 2001. Il considère qu'une nouvelle expertise médicale aurait dû être ordonnée et que l'OCAI ne pouvait se fonder sur les avis médicaux établis il y a huit ans. Pour sa part, l'intimé expose qu'une nouvelle expertise médicale n'est pas nécessaire étant donné qu'aucun élément concret laissant supposer une aggravation de l'état de santé du recourant n'a été apporté par ce dernier. 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 nulle dans l'ancienne profession, mais complète dans une activité adaptée.

9. Dans son rapport du 2 juillet 2001, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste en orthopédie et chirurgie, a indiqué que les radiographies effectuées ce jour-là montraient une articulation de la cheville droite (*recte*: gauche) pratiquement détruite, un interligne articulaire incongruant et une fracture consolidée. Une partie du matériel antérieur avait par ailleurs reculé.

   Il a précisé que l'arthrose post-traumatique de la cheville s'était aggravée modérément depuis l'expertise effectuée par le Dr B_____ le 26 novembre 1998. La symptomatologie douloureuse était plus fréquente, mais elle ne rendait pas nécessaire une utilisation plus importante d'antalgiques.

   Quant à la capacité de travail, il a considéré que cette aggravation ne modifiait pas la capacité de travail résiduelle telle que l'avait appréciée le Dr B_____ en novembre 1998. L'arthrose en question provoquait certaines limitations qui avaient déjà été énumérées par le Dr B_____ et les activités impossibles étaient toujours les mêmes. Selon l'expert, dans une activité adaptée, l'assuré pouvait travailler à temps complet avec un rendement complet. Il a relevé par ailleurs que les capacités fonctionnelles mentionnées par le Dr A_____ dans son rapport du 2 décembre 2000 correspondaient d'ailleurs à celles posées par le Dr B_____ dans son rapport du 26 novembre 1998.

   Le rapport du Dr E_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant, à savoir notamment une augmentation des douleurs, situées sous les malléoles et au niveau du talon et se présentant sous la forme d'aiguilles dans la jambe gauche. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. 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, lesquelles concordent par ailleurs avec celles des Drs B_____ (rapport du 26 novembre 1998) et D_____ (rapport du 1er juillet 1998) sont cohérentes et convaincantes, de sorte que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

10. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant d'écarter les conclusions du Dr E_____, lesquelles ne sont au demeurant pas contestées par le recourant.

    Il y a lieu tout d'abord de constater l'absence de toute pièce médicale établissant que l'état de santé du recourant se serait effectivement aggravé entre le 2 juillet 2001, date de l'examen effectué par le Dr E_____, et le 20 février 2006, date de la décision sur opposition litigieuse.

    Au contraire, interrogé sur l'évolution de la situation médicale de son patient depuis décembre 2000, le Dr A_____ a indiqué dans son rapport daté du 10 mars 2004, que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé et qu'il était même resté stationnaire depuis fin 1998. Selon le médecin traitant, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et l'intéressé ne suivait aucun traitement.

    Le reproche fait par le recourant, selon lequel le Dr A_____ aurait indiqué l'absence d'aggravation de son état de santé sans avoir effectué préalablement des examens médicaux, ne lui est d'aucune utilité. En effet, contrairement à ce qu'avance l'assuré, il résulte du rapport susmentionné qu'il a été examiné le 10 mars 2004 par son médecin traitant.

    Il n'existe par conséquent aucun élément permettant de retenir que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé après l'expertise du Dr E_____.

11. De toute manière, le Tribunal de céans relèvera que, quand bien même l'état de santé du recourant se serait effectivement aggravé, encore faudrait-il que la péjoration ait eu une répercussion sur sa capacité de travail.

    Certes, le Dr A_____ indique, à ce propos, dans son rapport du 10 mars 2004 que ni l'activité exercée jusque-là, ni une autre activité, ne seraient exigibles de la part de l'assuré, et ce en raison des douleurs à la cheville gauche et de la pauvreté intellectuelle qui empêche toute réinsertion.

    Les appréciations médicales du médecin traitant concernant la capacité de travail résiduelle du recourant ne sont cependant pas de nature à remettre en question les conclusions claires du Dr E_____, et ce pour les motifs suivants.

    L'avis du Dr A_____ n'est corroboré par aucune autre des pièces médicales versées au dossier, étant précisé que de tous les médecins consultés, seul le médecin

traitant diverge dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant. En effet, les rapports des Drs E_____ et B_____, médecins-conseils de l'assureur-accidents, du Dr F_____, médecin auprès du SMR Léman, ainsi que celui du Dr D_____ du 1er juillet 1998, sont pour l'essentiel concordants et aboutissent à des conclusions identiques, en retenant une pleine capacité de travail dans une activité légère dès le 1er juillet 1998 et l'exclusion de l'ancienne profession.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr A_____ ne se justifie pas au vu des capacités fonctionnelles qu'il a lui-même constatées, et qui correspondent pour l'essentiel à celles retenues par les Drs E_____ et B_____. Le Tribunal de céans relèvera que le médecin traitant s'est d'ailleurs contenté, pour justifier une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, d'invoquer des raisons qui ne sont pas du ressort de l'AI, à savoir la pauvreté intellectuelle et le niveau scolaire limité de son patient (rapports intermédiaires des 2 décembre 2000 et 10 mars 2004). Or, 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 (ATFA non publié du 9 août 2005, I 787/04, consid. 5; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références).

Enfin, les appréciations du Dr A_____ sont de toute manière contredites par les reprises de travail à 50% qu'il a lui-même établies les 16 janvier et 14 février 2003 et que le recourant a présentées à la Caisse cantonale genevoise de chômage.

Au regard de ce qui précède, et dès lors que le médecin traitant est, selon la jurisprudence, 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, les conclusions du Dr A_____ concernant la capacité de travail résiduelle du recourant sont dépourvues de valeur probante.

Enfin, les critiques faites par l'assuré à l'encontre du Dr F_____ tombent à faux. Ce médecin n'a apporté aucun élément médical supplémentaire. Il s'est contenté, de manière succincte, de constater, sur la base du dossier médical de l'assuré, qu'il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé du recourant et que partant la capacité de travail était toujours totale dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles existantes. Il n'était dès lors pas nécessaire de mettre sur pied une consultation, puisque tous les éléments utiles figuraient déjà dans l'expertise du Dr E_____, conformément à la jurisprudence.

12. Par conséquent, rien au dossier ne permet de dire que la capacité de travail du recourant ne correspondait plus, au moment de la décision litigieuse, à celle qui

avait été constatée par le Dr E_____ le 2 juillet 2001. Le Tribunal de céans n'a ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions de cet expert.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne profession, mais entière dans une activité adaptée, avec plein rendement. Dans ces conditions, il ne s'avère pas nécessaire d'ordonner des mesures d'instruction complémentaire sur le plan médical, comme le demande l'assuré.

13. Reste à vérifier le calcul du taux d'invalidité réalisé par l'OCAI.

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. 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 parle 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 pertinents. A cet égard, une appréciation divergente mais soutenable, éventuellement même équivalente, n'est pas suffisante. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles,ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288; voir aussi ATF 131 V 123 s. consid. 3.3.3). Par exemple, la Cour de céans a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-

invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 294 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

14. Le Tribunal de céans constate que les conditions posées par la jurisprudence pour que les données salariales issues des Descriptions de postes de travail (DPT) puissent servir au calcul du revenu d'invalide, et qui ont été utilisées par l'assureur-accidents, ne sont pas remplies en l'espèce (cf. ATF 129 V 478 consid. 4.2.2). En effet, ignorant notamment le nombre total de places de travail entrant en considération pour le handicap donné, il n'est pas possible de vérifier la représentativité des postes choisis par cet assureur. Cela constitue un motif suffisant (cf. ATFA non publié du 13 décembre 2005, I.710/2004) pour écarter les données salariales prises en compte par la SUVA dans sa décision du 17 août 2001, en ce qui concerne le calcul du revenu d'invalide. Le calcul du taux d'invalidité du recourant ne découle donc pas impérativement de la décision entrée en force de la SUVA.

15. Aussi, se justifie-t-il de procéder selon la méthode générale de comparaison des revenus pour évaluer le taux d'invalidité du recourant fondant le droit à la rente dans l'assurance-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 (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002).

    Sont déterminants pour la comparaison des revenus, les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174).

    En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est 1998 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

    a) S'agissant du revenu sans invalidité, il 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 né le droit à la rente (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1).

    Il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a mis un terme à son activité professionnelle en 1997, il était, suite à une période de chômage, en occupation temporaire auprès de Z_____S.A. Dans ces circonstances, il convient plutôt de se référer au salaire que l'assuré a perçu auprès du CICR, soit l'employeur qui a

précédé ladite période de chômage. Par ailleurs, rien ne justifie de se référer, comme l'a fait l'intimé, au revenu obtenu par l'assuré auprès de Y_____ S.A.

Selon les données transmises par le CICR, le salaire hypothétique qu'aurait reçu l'assuré en 1998 s'élève à 49'387 fr. (3'799 fr. x 13), résultat légèrement plus favorable au recourant que celui auquel a abouti l'intimé.

b) Le revenu d'invalide, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182).

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, I 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).

En l'occurrence, le recourant n'a pas repris l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, 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 convient de 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, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, TA1, niveau 4). Ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles au recourant. Ce salaire hypothétique mensuel s'élève à 4'268 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise. Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 1998, soit 41.9 heures (La Vie économique 1/2-2006, tableau B9.2), on obtient alors un salaire

de 4'470 fr. 75 par mois (4'268 fr. x 41.9 heures : 40 heures) soit un revenu annuel de 53'649 fr.

L'intimé a procédé à un abattement supplémentaire de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seul l'exercice d'une activité légère est possible.

Le Tribunal de céans considère toutefois, qu'en l'espèce, un abattement supérieur à 10% ne se justifie pas, vu l'âge relativement jeune de l'assuré, de son bon niveau d'intégration en Suisse, où il vit depuis 1981, du fait qu'il ne subit aucune baisse de rendement et que les activités simples et répétitives recouvrent un large éventail d'activités légères adaptées à son handicap. Une réduction de 10% sera néanmoins accordée, et ce pour tenir compte de l'absence de formation professionnelle du recourant. Le gain d'invalide s'élève donc à 48'284 fr. 10.

Si l'on compare ce montant avec le revenu réalisé avant invalidité, on obtient un degré d'invalidité de 2% (49'387 fr. - 48'284 fr. 10 x 100 : 49'387 fr.), selon la règle d'arrondi fixée par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à des mesures de réadaptation, le seuil minimum de 20% requis par la jurisprudence n'étant pas atteint (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Il est enfin précisé que même en appliquant le taux de réduction accordé par l'intimé, soit un abattement de 15%, le degré d'invalidité aurait tout de même été insuffisant.

16. Eu égard aux explications qui précèdent, la décision querellée n'est pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle mal fondé.

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).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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