RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1277/2004 **ATAS/1081/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ere chambre

du 21 décembre 2004

En la cause

Monsieur P_____, comparant par Maître Doris VATERLAUS en l'Etude duquel il élit domicile. recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève. intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en juin 1956, ressortissant espagnol, de formation mécanicien sur voitures et poids lourds, a travaillé en qualité d'agent d'exploitation escale pour X_____ SA du 1er mai 1989 jusqu'au 31 mars 2002.

2. Suite à un AIT (accident ischémique transitoire) dans le cadre d'une fibrillation auriculaire, l'assuré a été hospitalisé à plusieurs reprises dans le courant de l'année 1997 et a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance Helvetia, assurance-maladie, pendant une année, depuis le 13 avril 1997, date à laquelle a débuté son incapacité totale de travail.

3. Le 10 mars 1998, invoquant souffrir de multiples problèmes cardiaques depuis 1994, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après : OCAI) visant à un reclassement et l'obtention d'une rente.

4. Dans son rapport adressé à l'OCAI le 20 avril 1999, le Docteur A_____, cardiologue, médecin traitant, a confirmé traiter l'assuré depuis trois ans pour des troubles du rythme et un AIT sur FA (status après accident ischémique transitoire sur fibrillation auriculaire). Il a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire et assez satisfaisant.

5. Le 1er août 1999, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100%.

   Un rapport intermédiaire a été établi le 4 juillet 2000 par le Docteur A_____. Celui-ci a déclaré que le patient avait dû diminuer son activité professionnelle à 75% depuis le 1er janvier 2000. Il estimait que le patient devait continuer à exercer sa profession à temps diminué plutôt que changer de profession.

6. L'assuré a cessé définitivement toute activité lucrative dès le 20 février 2001 en raison d'une recrudescence de sa maladie au cœur, de douleurs vertébrales à la nuque et de pertes de mémoire.

7. Il a été hospitalisé du 8 au 15 mars 2001 au centre de cardiologie de l'Hôpital Cantonal de Genève. Le chef de clinique, le Docteur B_____ a diagnostiqué une récidive de fibrillation auriculaire paroxystique, un status après ablation d'un foyer auriculaire gauche réalisé en juin 1998, un status après accident ischémique transitoire sur fibrillation auriculaire et une hépatite B anamnestique.

   Le Docteur B_____ a précisé que durant le séjour hospitalier, l'assuré s'était plaint à de multiples reprises de symptômes de fibrillation auriculaire sans qu'aucune anomalie dans l'électrocardiogramme ne soit visible. En outre, aucune hypertension pulmonaire par sténose des veines pulmonaires avait été détectée,

complication rencontrée lors d'une intervention électrophysiologique que l'assuré avait subie en 1998.

8. Le 11 mai 2001, le patient a subi une sigmoïdectomie et appendicectomie laparoscopiques, pratiquées au département de Chirurgie de l'Hôpital cantonal par le Docteur C_____ qui, a constaté que le patient souffrait d'une anémie persistante et d'une anxiété et irritabilité dues à un sevrage d'alcool, antérieur à l'intervention.

9. Les 11 et 12 septembre 2001, l'OCAI a adressé à l'assuré deux projets de décision. Dans le premier, il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er avril 1998 au 30 novembre 1999 étant donné que celui-ci avait repris son ancienne activité à plein temps dès le mois d'août 1999 et à 75% dès le mois de janvier 2000. Dans le second, il refusait le droit au reclassement professionnel.

10. Le Docteur A_____ a indiqué dans un rapport intermédiaire du 12 décembre 2001, que l'état de santé s'était encore aggravé depuis mai 2001. Il a précisé que l'assuré avait été opéré d'une sigmoïdite et qu'il y avait eu une récidive de fibrillation auriculaire. Il a retenu une incapacité totale de travail et ceci de manière indéterminée. Cependant, le 10 avril 2002, dans un rapport adressé au Docteur D_____, médecin conseil de l'OCAI, il a estimé que l'assuré pouvait travailler, à un taux croissant, dans une profession légère et qu'une reconversion professionnelle était souhaitable.

11. Afin de déterminer la capacité de l'assuré à reprendre ou non une activité professionnelle, l'OCAI a préconisé qu'il soit placé en stage d'observation au Centre d'intégration professionnelle (ci-après COPAI) durant quatre semaines du 25 novembre au 22 décembre 2002.

    A l'issue de ce stage, le COPAI a relevé que le taux de présence avait été complet durant les vingt jours de stage. Il a été considéré que les capacités physiques étaient compatibles avec un emploi léger dans le circuit économique normal. Les points forts étaient une bonne tenue des positions de travail sur la journée et une bonne maîtrise, précision et coordination. Les travaux de force et le port de charges étaient en revanche contre-indiqués. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient compatibles avec un emploi à faible concentration et pratique dans le circuit économique normal, ce qui permettait d'envisager une formation avec des éléments théoriques. Les capacités d'intégration sociale étaient aussi compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal.

    En conclusion, le COPAI a estimé que l'assuré pouvait être réadapté dans une activité légère avec un rendement exigible de 80% sur un plein temps, après une période d'entraînement à l'effort. Une réadaptation était possible dans les métiers de tourneur dans le domaine de la mécanique légère, d'aide électromécanicien et de technicien de montage (cf. rapport du 22 janvier 2003).

Les chances de succès d'une réadaptation ont toutefois été jugées très faibles en raison d'une absence de motivation et de vision d'avenir professionnel. En effet, il a été relevé que l'assuré avait cherché à exagérer ses limitations et ses douleurs durant le stage, celui-ci estimant que l'ensemble de ses problèmes cardiaques, douleurs dorsales, troubles de mémoire l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle. Lors de l'entretien final, l'assuré a difficilement reconnu qu'il lui restait des capacités exploitables dans le circuit économique normal et s'est montré réservé pour entreprendre d'autres mesures.

12. Le 15 janvier 2003, le Docteur E_____, médecin consultant du COPAI, a confirmé que l'assuré présentait une capacité de travail proche de la normale, à condition d'éviter des travaux physiquement lourds et exigeants ainsi que ceux demandant trop de concentration.

13. Par décision du 5 février 2003, l'OCAI a refusé la prise en charge de mesures professionnelles. Par décision du 14 avril 2003 il a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er avril 1998 au 31 juillet 1999, date à laquelle celui-ci avait repris son ancienne activité professionnelle chez X_____ SA. et du 1er février 2001 au 31 juillet 2002. L'OCAI a retenu comme salaire de non invalide celui que l'assuré aurait obtenu en travaillant dans son ancienne profession à plein temps en 2003, soit 64'947 fr. et l'a comparé à celui qu'il pourrait réaliser en travaillant à 80% dans l'industrie manufacturière, soit 47'226 fr. Il en est résulté un manque à gagner de 17'721fr., qui représente un degré d'invalidité de 27%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente. L'OCAI n'a procédé à aucune réduction supplémentaire sur le revenu d'invalide.

14. Les 27 février et 7 mai 2003, l'assuré a fait opposition oralement contre les décisions de l'OCAI, alléguant que les problèmes dorsaux et pertes de mémoire dont il souffrait n'avaient pas été pris en compte pour déterminer le taux d'invalidité.

15. Le 20 août 2003 l'assuré a produit un rapport du Docteur A_____ daté du 5 août 2003, selon lequel il a été diagnostiqué des épisodes de fibrillation paroxystique, des lombo-sciatalgies récidivantes et invalidantes majorés par une difficulté extrême à se concentrer et une fatigabilité intense d'origine peu claire. Selon le médecin il n'était plus dès lors question de reclassement dans sa profession mais de rente d'invalidité.

16. En janvier 2004 toutefois, le Docteur A_____ a signalé que l'état de l'assuré était assez stable depuis plusieurs années, qu'il devait garder une activité régulière, et a évalué à 80% la capacité de travail de l'assuré dans une activité professionnelle, légère.

17. Invité à se déterminer le 26 janvier 2004, le Service Médical Régional à Genève a estimé à son tour que l'assuré avait une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée.

18. Par décision sur opposition du 28 avril 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 14 avril 2003, refusant la rente.

19. Par courrier du 15 juin 2004, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, alléguant souffrir en plus de sa maladie cardiaque, de pertes de mémoire importantes, de difficultés à réfléchir et d'une grande fatigabilité, problèmes qui avaient du reste été relevés par les experts du COPAI, mais dont l'OCAI n'avait pas tenu compte. Il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée.

20. Dans son préavis du 12 juillet 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

21. L'assuré a répliqué le 24 août 2004. Il a fait valoir que l'OCAI avait négligé ses réels problèmes de santé et s'était empressé de mettre en évidence ses réticences à reprendre une activité lucrative, pour lui refuser des mesures de réadaptation professionnelle. Il a produit un rapport daté du 10 juin 2004 du Docteur F_____, neurologue, selon lequel il présentait une incapacité de travail de 100% et préconisait une prise en charge psychiatrique avec un traitement adéquat tant sur le plan pharmacologique que dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale.

    Un rapport complémentaire du 25 juin 2004 du même médecin a également été produit, dont il ressort que l'examen neurologique et l'électroencéphalogramme pratiqués étaient normaux. Par contre l'examen neurophysiologique révélait essentiellement des troubles de la mémoire immédiate et quelque erreurs dans les praxies constructives.

22. Dans sa duplique du 21 septembre 2004, l'intimé considère que les rapports du Docteur F_____ n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux.

23. 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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 est entre en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications 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 celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467, consid1, 126V 136 consid., 4b et les références). 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. 4 a 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 par la LPGA.

4. Dans le cas d'espèce, l'état de fait déterminant dont dépend le droit éventuel à une rente d'invalidité s'est réalisé partiellement avant et partiellement après l'entrée en vigueur de la LPGA, l'intimé ayant par une décision sur opposition de 28 avril 2004 rejeté une demande de prestations présentée le 10 mars 1998. L'examen des conditions matérielles du droit à la prestation intervient d'après l'ancien droit pour

la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et selon la LPGA pour la période du 1er janvier 2003 au 28 avril 2004.

5. Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable selon les art. 56, 59 et 60 de la LPGA.

6. Le présent litige porte sur la détermination du degré d'invalidité du recourant et sur le droit à la rente qui en découle.

   Le recourant sollicite l'octroi d'une rente entière avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée.

   L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou lorsque l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. L'art. 29 bis RAI, cependant, précise que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 29 al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

   Aux termes de l'art 88a al 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a eu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

   En l'occurrence, l'assuré a subi depuis avril 1997 une incapacité de travail de 100% en moyenne pendant une année et s'est vu attribuer, une rente entière dès le 1er avril 1998, en application de l'art. 29 al 1 LAI. En raison d'une amélioration de sa santé et de la reprise du travail, la rente a été supprimée avec effet au 31 juillet 1999. Or le 1er février 2001, l'assuré présentait à nouveau une incapacité de gain de 100% en raison d'une rechute. Il a été immédiatement mis au bénéfice d'une rente entière, soit dès le 1er février 2001, ce jusqu'au 31 juillet 2002, selon les art. 29bis et 88a al 1 RAI. En effet, les divers éléments médicaux du dossier et le rapport de stage COPAI du 22 janvier 2003 confirment que l'assuré était à nouveau apte à reprendre une activité lucrative plus légère à plein temps depuis le mois d'avril 2002.

   Il y a lieu de constater que c'est conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur que l'OCAI lui a octroyé une rente entière du 1er avril 1998 au 31 juillet 1999 et du 1er février 2001 au 31 juillet 2002.

7. Reste à déterminer si, depuis le 31 juillet 2002, l'assuré a droit à des prestations de l'assurance invalidité.

Aux termes de l'art. 4 al.1 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'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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 pur déterminer quels travaux peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ;105, 158 consid. 1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la causse I 167/03). Il convient cependant de rappeler que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celles des spécialistes. (RCC 1988, page 504).

Selon le chiffre 6007 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS), appel est fait aux services du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. L'examen effectué par le COPAI concerne avant tout les catégories d'assurés suivantes : les assurés qui se déclarent incapable de travailler et prétendent à une rente, mais pour lesquels une

réadaptation dans l'économie libre paraît exécutable, compte tenu d'une atteinte à la santé relativement faible, et les assurés qui ont une capacité résiduelle de travail (médicalement attestée), mais que l'Office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier (p.ex. un domaine voisin de l'activité précédemment exercée).

8. En l'occurrence, le recourant allègue l'impossibilité de reprendre une activité lucrative dès lors qu'il souffre de troubles du rythmé cardiaque ayant entraîné une embolie cérébrale avec des séquelles subjectives sur la mémoire et la concentration.

   Il ressort des éléments médicaux recueillis qu'en effet, le recourant souffre de fibrillation auriculaire récidivante malgré des électrocoagulations répétées, de dorsalgies sur anciennes fractures de vertèbres et des pertes de mémoire. Restent à déterminer quelles incidences ces atteintes à la santé ont sur la capacité de travail de l'assuré.

   A cet égard, le stage au COPAI a démontré que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à une capacité de travail proche de la normale à condition d'éviter les travaux physiquement lourds et exigeants ainsi que ceux demandant trop de concentration. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle et de l'activité raisonnable exigible, le COPAI a estimé le 22 janvier 2003 que l'assuré pouvait exercer une activité légère dans le circuit économique normal avec un rendement minimum de 80% sur un plein temps.

   Il y a lieu de noter que le Docteur E_____ a relevé le 15 janvier 2003 que la situation clinique de l'assuré ne l'avait pas empêché d'avoir une activité professionnelle normale depuis l'accident AIT survenu en 1997.

   Le Tribunal de céans constate que les conclusions du Docteur A_____ sont contradictoires. Ainsi il estimait en juillet 2000 que le recourant pouvait exercer son ancienne profession à 75%. Le 12 décembre 2001 il retenait une incapacité totale de travail et pour une durée indéterminée. En avril 2002, il estimait à nouveau que l'assuré pouvait travailler à un taux croissant dans une profession légère et qu'une reconversion professionnelle était souhaitable. En août 2003, ce nonobstant, il n'était plus question de reclassement mais d'une rente pour finalement estimer en janvier 2004 que l'état de son patient était stable depuis plusieurs années et qu'un travail de type sédentaire et léger était possible à 80%. La valeur probante de cette opinion, émanant d'un médecin traitant doit toutefois être appréciée avec retenue en vertu de la jurisprudence précitée (RCC 1988, p. 504).

   Aussi le Tribunal retiendra-t-il son dernier avis selon laquelle son patient était en mesure d'exercer une activité de type sédentaire et léger à un taux de 80%, puisque celui-ci rejoint les conclusions du COPAI et du Docteur E_____.

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que le recourant reste apte à travailler dans une profession adaptée à 100% avec un rendement de 80%.

9. 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 que l'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.

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins où un quart s'il est invalide de 40% au moins. Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente.

   Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure le recourant subit une diminution de sa capacité de gain en exerçant une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.

10. Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision.

    Conformément à la récente jurisprudence, ce sont les données existantes au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications significatives éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; 128 V 174 ; ATF non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01).

    En l'occurrence, le recourant est à nouveau dans l'incapacité d'exercer son ancienne profession depuis le 1er juillet 2002. En application de l'art. 29 al.1 et 29bis RAI, son éventuel droit à la rente a pris naissance le 1er août 2002. Le revenu sans invalidité aurait été en 1998 de 4'800 fr. par mois, selon la déclaration de son employeur, X_____ S.A.

    Réactualisé pour l'année 2002 par le biais des indices nominaux (catégorie absolue de travailleurs totaux, 1998 = 1832 et 2002 = 1933), ce montant est porté à 5'064 fr.

    Ainsi l'assuré aurait réalisé en bonne santé, un revenu de 60'768 fr. en 2002.

11. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué selon la jurisprudence 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 lucrative pouvant être raisonnablement exigible, le

revenu d'invalide peut se fonder sur les statistiques sur les salaires moyens (ATF 124 V 322 ; pratique VSI 2002 p. 85).

En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples dans le domaine d'industries manufacturières, dans le secteur privé en 2002, à savoir 4'800fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 tableau TA3 ; niveau de qualification 4, secteur production, hommes). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir que bon nombre d'entre elles sont légères et ne requièrent pas de port de charges et sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent en compte un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises de 41.7 en 2002, (La vie économique, revue de politique économique, novembre 2004), ce montant doit être porté à 5'004 fr. (4800 x 41.7/40), ce qui donne un salaire annuel de 60'048 fr. diminué à 48'038 fr. 40 compte tenu d'une activité à 80%.

Pour les barèmes, on tiendra néanmoins compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salaires totalement productifs et pouvant être employés pour le même travail. Ainsi le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, dans de tels cas, on peut réduire de 10 à 25% le salaire indiqué dans le tableau (pratique VSI 1998 p. 179, p. 296).

La déduction de 25% n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret et particulier si, et dans quelles mesures, le revenu hypothétique doit être réduit.

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, d'effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Dans un arrêt, le TFA a confirmé un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/débout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 4222/01).

Dans un autre arrêt, il a au contraire refusé un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que

recouvraient les secteurs de la production et des services car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées (ATFA du 23 octobre 2000, non publié, en la cause I 177/00).

Par ailleurs, le TFA admet que constitue un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, généralement, les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9).

Compte tenu que les activités retenues doivent pouvoir être exercées par le recourant, en dépit de ses limitations fonctionnelles, sans difficultés, son relatif jeune âge (48 ans), un abattement maximal de 10% se justifie. Par conséquent le revenu hypothétique annuel d'invalide de l'assuré est ainsi de 43'234 fr. 60.

Le taux d'invalidité résultant de la comparaison de ces deux revenus est dès lors de 29%. (60'768 fr. – 43'234 fr. 60 x 100/60'768 fr.)

Force est de constater que le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus est insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision du 28 avril 2004 sera confirmée.

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 recevable le recours.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 28 avril 2004.

4. Dit que la procédure est gratuite

5. 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

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