REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2460/2007 **ATAS/1308/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 novembre 2007

En la cause

Monsieur S_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène — recourant

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en juillet 1962, exerçant la profession de chauffeur, a été victime d'un accident le 6 avril 2006 au genou gauche en jouant au football. La SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA) a pris en charge le cas.

2. Le 31 janvier 2007, l'assuré a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession, d'un placement ou d'une rente.

3. Le 27 février 2007, l'employeur a confirmé que l'assuré avait travaillé en qualité de chauffeur auxiliaire à son service du 1er août 2002 au 30 septembre 2006, date à laquelle il avait été licencié, dans le cadre d'une restructuration de l'entreprise, étant précisé que son dernier jour de travail effectif avait été le 7 avril 2006, en raison de son accident.

4. Il résulte d'une note d'entretien téléphonique datée du 10 janvier 2007, figurant dans le dossier de la SUVA, que l'assuré souhaitait reprendre son activité de chauffeur de limousine pour clientèle fortunée. Il expliquait qu'aucun salaire fixe n'était versé, l'employé touchant une prime pour chaque course effectuée. Il passait la plupart du temps assis au volant des véhicules type Mercedes ou Audi et il lui arrivait fréquemment de conduire un client dans toute la Suisse et même au-delà des frontières. Il s'agissait donc de longs trajets avec manipulation de bagages si nécessaire.

5. Dans un rapport du 12 mars 2007, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics, ayant répercussion sur la capacité de travail, d'entorse grave du genou gauche avec déchirure du ligament croisé antérieur, déchirure en anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne et déchirure de la corne postérieure du ménisque externe survenues le 6 avril 2006, ainsi qu'une omarthrose sévère bilatérale existant depuis de nombreuses années. Il a ainsi évalué l'incapacité de travail de son patient à 100% du 9 septembre au 25 octobre 2004, du 9 mai au 6 juin 2005, du 13 décembre 2005 au 9 janvier 2006 et à compter du 6 avril 2006.

   Selon le médecin, l'état de santé est relativement stationnaire avec tendance plutôt à la dégradation pour les épaules. Le patient peut utiliser ses épaules pour des activités légères telles que la conduite de limousine, celle d'un véhicule lourd n'étant plus possible. Cette symptomatologie devrait être compatible avec une activité de chauffeur de limousine probablement à 50%, pour autant qu'il n'y ait pas la nécessité de charger ou de décharger le véhicule. L'assuré présente d'autre part un status après stabilisation d'une entorse grave de son genou gauche. Bien que l'intervention l'ait aidé avec la suppression de l'instabilité de son genou, il conserve

des douleurs dans le compartiment externe en relation avec des lésions dégénératives déjà documentées par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) préopératoire. Des lésions cartilagineuses avaient également été constatées au cours de l'intervention. Les douleurs résiduelles sont donc imputables à une gonarthrose débutante dont il est difficile de prévoir l'évolution à court terme. Il est clair que cette arthrose va évoluer et pourra réduire la capacité de déplacement du patient et de soulèvement de charges qui est déjà limitée par le problème des épaules. A cela se rajoute la notion de lésions dégénératives débutantes au niveau du genou droit. Ces lésions seront également susceptibles d'évoluer et de devenir symptomatique avec le temps. Le Dr A_____ estime ainsi que l'état du genou gauche du patient devrait quand même permettre la reprise d'un travail de conducteur de véhicule léger sans effort de transport ou de déplacement associés, à 50% voire 100% si l'évolution du genou se faisait favorablement.

6. Le 6 mars 2007, le Dr B_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à l'exception du port de charges. L'assuré pourrait également travailler comme comptable ou buraliste. Il a ajouté que l'état de santé allait certainement s'aggraver et qu'il était ainsi nécessaire d'envisager une réadaptation professionnelle de type bureau, relevant à cet égard que l'assuré était motivé et intelligent.

7. Dans une note du 17 avril 2007, le Dr C_____, médecin-conseil de l'OCAI a constaté qu'avec l'atteinte des deux épaules et du genou, la capacité de conduire un véhicule léger était encore limitée à 50%. Cependant, s'il est possible de trouver un travail qui épargne les épaules et évite les déplacements ainsi que la situation debout prolongée, alors la capacité pourrait atteindre 100%.

8. La division de réadaptation professionnelle a procédé à la comparaison des gains afin de déterminer le degré d'invalidité. Elle s'est fondée sur un revenu sans invalidité de 55'656 fr. et un revenu avec invalidité de 46'244 fr., soit dans une activité légère à plein temps et compte tenu d'une réduction de 20%. Elle a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 16,9%.

9. L'OCAI a communiqué à l'assuré le 18 avril 2007 un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, le degré d'invalidité de 17% ne donnant droit ni à un reclassement ni à une rente.

10. Par décision du 23 mai 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.

11. L'assuré, représenté par Maître Marlène PAILLY, a interjeté recours le 22 juin 2007. Il souligne que selon ses médecins traitants, un reclassement serait indiqué et son taux d'invalidité supérieur à celui retenu par l'OCAI. Il conclut à l'annulation de la décision du 23 mai 2007 et à la prise en charge d'un reclassement.

12. Dans sa réponse du 27 juillet 2007, l'OCAI a relevé que selon le Dr A_____, l'assuré pourrait aujourd'hui exercer une activité de chauffeur de limousine à 50%, voire à 100% en cas d'amélioration de son état de santé, et que selon le Dr D_____ du service de chirurgie orthopédique des HUG, il ne présente pas d'incapacité de travail (rapport du 28 mars 2007). L'OCAI conclut dès lors au rejet du recours étant précisé qu'il restait disposé à examiner une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI).

13. Le 11 septembre 2007, l'assuré a produit une attestation du Dr D_____ datée du 13 juillet 2006, aux termes de laquelle, bien qu'actuellement, du point de vue des douleurs, l'évolution soit satisfaisante, il présente une importante faiblesse lors des activités nécessitant l'utilisation de la main à l'horizontal et le port de charges due à l'omarthrose sévère des deux épaules. Le médecin recommande ainsi à l'assuré d'éviter toute activité prolongée répétée nécessitant l'utilisation des mains à l'horizontal.

14. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition des Drs B_____ et A_____ le 9 octobre 2007.

    Le Dr B_____ a précisé que dans son rapport adressé à l'OCAI le 6 mars 2007, il s'était uniquement prononcé sur la capacité de travail au regard du problème aux épaules. Il rappelle que l'assuré souffre d'une arthrose aux épaules qui n'est pas banale au point qu'une intervention chirurgicale a dû être envisagée. Il estime que l'assuré est incapable de travailler à 50% comme chauffeur, à condition qu'il n'y ait pas de port de lourdes charges. Selon le médecin, "il faut dire que la posture des épaules au volant est fatigante pour l'assuré. J'ajouterais qu'il y a également une question de sécurité. Dans une activité de bureau par exemple, dans le cadre de laquelle les bras ne seraient pas à l'horizontal et où il y aurait alternance de positions, on peut en revanche imaginer qu'il serait capable de travailler à plus de 50%. J'ai indiqué dans mon rapport qu'il pourrait effectuer huit heures par jour. Je le confirme, tout en précisant qu'il y aurait une diminution de rendement que j'évaluerais à environ 30%. Une activité de buraliste permettrait vraisemblablement à l'assuré de travailler à un taux proche de 100%".

    Le Dr A_____ a déclaré qu'il avait opéré l'assuré de son genou gauche à la suite de son accident du 6 avril 2006. Il avait alors pu constater que l'assuré présentait déjà de l'arthrose dans les deux genoux. Il a confirmé que le patient pouvait travailler à 50% dans son activité de chauffeur de limousine, pour autant qu'il ne doive pas charger et décharger son véhicule. Dans une activité sans port de charges on pourrait envisager un taux de capacité de travail allant jusqu'à 100%, étant toutefois précisé qu'en mars 2007 par exemple, l'assuré se plaignait encore de douleurs importantes au genou gauche lorsqu'il devait rester assis de façon

prolongée. Le médecin a résumé les limitations suivantes : pas de port de charges, pas de position prolongée assise ou debout et pas de longs déplacements.

Le Dr D_____, a, par courrier adressé au Tribunal de céans le 4 octobre 2007, indiqué que l'assuré l'avait consulté les 31 mai et 12 juillet 2006 pour son problème de ceintures scapulaires. Il a confirmé que celui-ci présentait une omarthrose bilatérale prédominante du côté droit. Le 12 juillet le patient lui a déclaré que la douleur était encore bien gérée. Dans ce contexte il lui avait expliqué qu'il n'y avait pas d'indication à se précipiter vers un geste chirurgical. Lorsque la douleur ne serait plus gérable, le geste chirurgical consisterait en la mise en place d'une prothèse totale d'épaule. Le médecin a ajouté qu'on était en droit de s'attendre graduellement à une évolution défavorable allant vers un enraidissement progressif et une augmentation des douleurs avec une indication future probable à une intervention chirurgicale (prothèse).

Lors de la comparution personnelle des parties s'étant tenue le 9 octobre 2007, l'assuré a déclaré qu'il avait travaillé à plusieurs reprises, la dernière fois six ans auparavant dans le kiosque tabac-journaux de ses parents, qu'il avait également exercé une activité de gérant dans un salon de jeux. L'assuré a par ailleurs reconnu qu'il avait interjeté recours principalement au motif qu'il n'avait pas compris comment le degré d'invalidité de 17% avait été calculé.

15. Dans le délai à lui imparti pour se déterminer, l'assuré a entendu maintenir son recours. Il a rappelé que souffrant des deux genoux, des épaules et du dos, de même que des coudes, il ne sera pas efficient à 100% dans une quelconque activité. Il estime que son taux d'invalidité devrait être fixé à plus de 20%, ce qui lui assurerait selon la loi un droit au reclassement.

16. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la

date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 23 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2006, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

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

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les

données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

7. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

8. Le juge des assurances sociales 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

9. En l'espèce, le Dr A_____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité de chauffeur de limousine, pour autant qu'il n'y ait pas la nécessité de charger ou décharger le véhicule, voire à 100% si l'évolution du genou se présentait favorablement. Lors de son audition, il a précisé que dans le cadre d'une

activité sans port de charges, épargnant les épaules, évitant les déplacements ainsi que les positions debout ou assise prolongées, l'assuré pourrait travailler à plein temps. Le Dr B_____ partage cet avis, ajoutant que l'assuré pourrait travailler comme comptable ou buraliste. Il y a du reste lieu de relever à cet égard que l'assuré a eu l'occasion de travailler en cette qualité dans le kiosque tabacs-journaux de ses parents.

10. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

11. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

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

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

    Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des

statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

La notion du marché équilibré du travail (art. 16 LPGA) est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. L'OCAI a à juste titre pris en considération les chiffres résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour établir le revenu avec invalidité.

12. L'assuré conteste le taux d'abattement supplémentaire de 20% retenu par l'OCAI.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/ catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

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 particulier si et dans quelle mesure 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, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi procédé à 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/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01).

Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir 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.

Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que 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).

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

En l'espèce, le taux d'abattement pris en considération par l'OCAI de 20% n'est, au vu de ce qui précède, pas critiquable.

13. Aussi la décision de l'OCAI niant le droit de l'assurée à une rente doit-elle être confirmée.

14. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi,

selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

15. La diminution de la capacité de gain étant en l'occurrence de 17%, elle n'est pas suffisante pour justifier la prise en charge d'une mesure de réadaptation professionnelle.

16. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA)

imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement ; art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné. Tel n'est pas le cas lorsque la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références).

17. En l'espèce, certes les médecins sont-ils unanimes pour déclarer que l'état de santé de l'assuré risque de s'aggraver. Le Dr D_____ déclare toutefois qu'on ne sait ni quand ni comment ni selon quel rythme. On ne saurait dès lors considérer que l'assuré est menacé d'une invalidité imminente au sens de l'art. 8 LAI.

18. S'agissant enfin du placement, il y a lieu de relever que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4ème révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

19. Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004) a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 153 et la note n° 210).

20. Le droit au service de placement présuppose que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (MEYER-BLASER, op. cit. p. 85; VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]).

21. Il appartiendra à l'assuré de solliciter, le cas échéant, une telle mesure.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

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

La greffière	La Présidente
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 le