

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2628/2009

ATAS/1374/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 10 novembre 2009

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Corsier GE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1978, en Suisse depuis décembre 2002, exerçait une activité de maçon à Nyon au service de X_____ SA., lorsqu'il a été victime d'un accident causé par une meuleuse le 24 mai 2007. Le 14 mai 2008, il a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : OCAI) une demande visant à la prise en charge d'une rééducation dans la même profession.
2. Dans un rapport du 30 mai 2008, le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, mandaté par l'assureur-accidents, a indiqué que l'assuré souffrait de lésions ligamentaires multiples, notamment du long extenseur du gros orteil et du long extenseur des orteils à la suite d'une lésion causée par une meuleuse sur son lieu de travail. Il persiste une boiterie et une instabilité de la cheville droite dont la nature exacte n'est pas encore totalement déterminée.
3. Un rapport d'évaluation a été établi à l'OCAI le 23 juin 2008. Il en ressort que l'assuré reste persuadé que, suite à une intervention chirurgicale qui aura lieu le 15 juillet 2008, il pourra à nouveau travailler en tant que maçon.
4. Dans un rapport du 27 mai 2008, le Dr M_____, du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG), a expliqué que son patient avait été hospitalisé le 14 juillet 2008 en vue d'une révision chirurgicale au niveau de la cheville droite, qu'il avait cependant renoncé au geste chirurgical prévu et préféré demander un second avis auprès du Dr N_____ au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (ci-après CHUV), devant la nouvelle symptomatologie présentée. Le médecin a précisé qu'il n'y avait pas d'amélioration des symptômes présentés au niveau de cette cheville avec une anamnèse de douleurs persistantes en regard de la malléole externe, ainsi qu'au niveau de la cicatrice. Il a par ailleurs confirmé que l'incapacité de travail était en l'état entière dans l'activité exercée préalablement, tout en considérant que "le patient pourrait être réadapté dans un travail en position assise."
5. Une analyse quantifiée de la marche a été effectuée au laboratoire de cinésiologie le 7 juillet 2008, à la demande du Dr O_____. Un rapport a été établi le 11 août 2008, duquel il ressort que "la marche de Monsieur A_____ se caractérise par un mouvement de rotation externe de cheville, de flexion de genou, de flexion de hanche, de rotation interne de hanche à droite en milieu d'appui en lien avec une activité des péroniers à droite. Les mouvements semblent être effectués de manière volontaire. L'examen clinique est incohérent avec les lésions de Monsieur A_____. On note notamment un triceps côté à M2 sans atrophie du mollet droit et sans lésion apparente du triceps. Cette analyse ne permet

pas de comprendre pourquoi Monsieur A_____ présente ces défauts de marche."

6. Dans une note du 3 septembre 2008, le Dr P_____, du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après : SMR), a admis que l'activité antérieure n'était plus possible, des douleurs et une instabilité de la cheville droite persistant. Il a en revanche considéré que dans une activité adaptée, la capacité de travail devrait être entière.
7. Interrogé par l'OCAI, le Dr N_____ a souligné le 9 octobre 2008 qu'il n'avait vu ce patient que dans le cadre d'un second avis et qu'il ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail, ni sur ses limitations fonctionnelles. Il a cependant joint à son envoi copie d'un courrier qu'il avait adressé au Dr O_____ du Service d'orthopédie des HUG le 13 août 2008, aux termes duquel il avait constaté que "d'importantes douleurs résiduelles sont présentes en rétro-malléolaire externe sur le trajet des tendons péroniers et aussi dans le tiers distal de la jambe sur le trajet du nerf péronier superficiel. Depuis l'accident, il peine à contrôler son arrière-pied droit qui part spontanément en valgus lâché. La cicatrice est calme, très douloureuse au passage du nerf péronier superficiel, il y a des douleurs également à la palpation des tendons péroniers, mais ceux-ci sont parfaitement stables. Lors de la marche, on observe de manière caricaturale un lâchage en valgus de tout l'arrière-pied incontrôlable. En revanche, lorsque le patient se tient au mur, il est capable, en monopodal, après quelques minutes, de recambrer tout doucement son pied pour l'amener en position physiologique. On retrouve également cette capacité des inverseurs lors du test en position assise avec une bonne force du tendon tibial postérieur mais toutefois une diminution à M4 des longs fléchisseurs des orteils même si la puissance augmente un peu après quelques minutes de patience également. Comme toi je trouve cet examen clinique extrêmement étonnant. A mon avis, dans un contexte de douleurs chroniques, il s'agit d'un lâchage réflexe des inverseurs avec hyper-contraction des éverseurs, en d'autres termes un trouble de la coordination. Comme toi je suis prudent vis-à-vis d'une sanction chirurgicale visant à diminuer les douleurs latérales dans le contexte actuel."
8. Le 12 janvier 2009, le Dr O_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, qu'il y avait toutefois un changement dans les diagnostics avec une dystonie centrale depuis 2008, et que le pronostic était mauvais. Selon le médecin, les limitations fonctionnelles sont sévères et la capacité de travail nulle dans l'activité antérieure, mais une activité adaptée en position assise pourrait être envisagée.

Selon le Prof. Q_____, auquel le Dr O_____ a soumis le cas, "ce patient présente un trouble postural massif du pied droit qui apparaît à la marche et lors du contact du pied avec le sol. Ce phénomène est survenu plusieurs mois après

une plaie de la loge antérieure d'origine traumatique dont l'évolution était favorable. L'atteinte du nerf péronier superficiel droit n'explique pas ces anomalies. En fait, je pense que le tableau est compatible avec une dystonie focale du pied droit, post-traumatique, qui se caractérise par une co-contraction anormale de certains groupes musculaires portant le pied en position extrême et soutenue. Les douleurs locorégionales semblent secondaires à ce phénomène. Sur le plan thérapeutique, je pense qu'il vaudrait la peine de présenter le cas au Professeur R_____ dans l'idée d'évaluer l'indication à des injections de toxine botulique. La légère parésie détectée au niveau de pratiquement tous les muscles testés, possiblement sur déconditionnement, pourrait constituer une contre-indication relative à ce traitement, mais ceci est encore à évaluer."

9. Le 2 février 2009, le Dr M_____ a confirmé que l'état de santé était resté stationnaire, a précisé que le patient avait subi des injections de botuline pour lésions au niveau de la cheville. Les limitations fonctionnelles sont des troubles posturaux de l'avant pied droit. La capacité de travail est nulle depuis l'accident comme maçon. Le médecin n'a rien indiqué sous la rubrique d'une autre activité adaptée, étant précisé toutefois qu'il est impossible de dire si une reprise de travail est possible ou non actuellement.
10. Dans une note du 17 mars 2009, le Dr P_____ a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0% et dans une activité adaptée de 100%, avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, principalement assise, évitant les déplacements répétés, ce depuis mars 2008 au moins, soit au moment où le Dr L_____ avait ausculté l'assuré à la demande d'ALLIANZ SUISSE ASSURANCES, l'assureur-accident, et que depuis, rien de nouveau ne s'était produit, si ce n'est des avis de divers spécialistes qui ne modifiaient pas l'appréciation de la situation.
11. L'OCAI a procédé à la comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité. Il a retenu à titre de revenu sans invalidité celui de 60'284 fr., sur la base des documents professionnels figurant au dossier, et de revenu avec invalidité, celui de 54'203 fr., selon les salaires statistiques pour une activité adaptée à 100% résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires -ESS-, ce qui donne un degré d'invalidité de 10 %.
12. Le 15 mai 2009, il a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel le degré d'invalidité de 10% était insuffisant pour justifier l'octroi de prestations AI. Il a toutefois prévu qu'une aide au placement pourrait lui être accordée afin de l'aider dans les démarches de recherches d'un emploi adapté.
13. Ce projet de refus de rente a été confirmé par décision du 23 juin 2009.
14. L'assuré a interjeté recours le 22 juillet 2009 contre ladite décision. Il explique qu'il est toujours en traitement médical et que les médecins envisagent de lui faire subir

une nouvelle intervention chirurgicale dans les mois à venir. Il souligne qu'il lui est impossible actuellement de marcher et qu'il ne peut se déplacer qu'à l'aide de béquilles. Il ajoute que des douleurs l'obligent à un traitement constant et nécessitent des changements de position réguliers. Il considère dès lors que la décision rendue par l'OCAI est prématurée et demande à ce qu'elle soit annulée.

15. Dans sa réponse du 18 août 2009, l'OCAI a rappelé que dans son rapport du 27 août 2008, le Dr M_____ avait indiqué que l'assuré pouvait travailler en position assise et a conclu au rejet du recours
16. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales s'applique.
3. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI, plus particulièrement à des mesures de réadaptation professionnelle.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

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). 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).

6. 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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). 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 353 consid. 3b/bb).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
9. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut pas reprendre une activité de maçon. Tous les médecins ont en effet constaté que sa capacité de travail à cet égard était nulle, en raison des douleurs et de l'instabilité de la cheville. En revanche, tant le Dr O _____ le 12.01.09, et le Dr M _____ le 27 mai

2008, d'une part, que le Dr P _____, d'autre part, sont d'avis qu'une activité adaptée, en position assise, est envisageable. Il est vrai que le Dr M _____, dans son rapport du 2 février 2009, a renoncé à se prononcer sur cette question, préférant indiquer qu'il ne pouvait pas dire "si une reprise de travail était possible ou non actuellement". Il y a toutefois lieu de rappeler que ce médecin a relevé, dans ce même rapport, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, Or, l'instabilité de la cheville, dont l'origine n'est pas clairement déterminée encore, a été constatée en mai 2008 déjà. Elle était ainsi connue au moment où le rapport du 27 mai 2008 a été établi. La survenance de cette instabilité ne change quoi qu'il en soit rien au fait que l'assuré peut travailler en position assise.

Par conséquent, en l'état, une pleine capacité de travail doit être reconnue à l'assuré dans un travail adapté, en position assise. Point n'est besoin, en l'occurrence, de déterminer des métiers précis : les limitations fonctionnelles de l'assuré lui permettent d'effectuer pratiquement toutes les activités recensées par les statistiques, en particulier les activités manufacturières.

Enfin, le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, qu'une mesure d'instruction complémentaire, telle qu'une expertise n'est pas nécessaire (cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).

11. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.

Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé 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 75 consid. 3b). 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 ou 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 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06).

12. En l'espèce, l'intimé a retenu un revenu annuel sans invalidité de 60'284 fr., lequel n'est pas contesté par le recourant. Pour le revenu sans invalidité, il s'est référé aux statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un revenu de 54'203 fr. Le degré d'invalidité a ainsi été fixé à 10%.

Force est de constater que les éléments retenus par l'OCAI ne prêtent pas flanc à la critique.

13. Il y a à ce stade lieu d'examiner la question de savoir si un abattement devrait être pris en considération.

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 réduction des salaires ressortant des statistiques incombe 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, l'OCAI n'a opéré aucune réduction, dans la mesure où il a vraisemblablement estimé qu'outre ses limitations fonctionnelles, l'assuré ne présentait pas de difficultés majeures liées à l'âge, aux années de service, à la nationalité ou au taux d'occupation exigible.

Le Tribunal de céans ne saurait en l'occurrence s'écarter de l'appréciation de l'OCAI, laquelle n'est pas critiquable.

C'est donc à juste titre que le degré d'invalidité a été fixé à 10%. Or, ce taux n'est pas suffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité.

14. Il y a enfin lieu de déterminer si une mesure de réadaptation professionnelle pourrait être envisagée.
15. À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

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 maintenue ou améliorée (al. 1er).

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 à 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).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

16. Dans le cas particulier, il apparaît qu'une mesure de reclassement ne saurait être accordée dès lors que la perte de gain que subit l'assuré n'atteint pas 20%. Par ailleurs, les activités simples et répétitives qu'il est susceptible d'exercer ne requièrent pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant pratique en entreprise, ce qui exclut l'octroi d'une mesure aussi onéreuse que le reclassement.
17. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. La cause est toutefois renvoyée à l'OCAI, s'agissant de l'aide au placement.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OCAI s'agissant de l'aide au placement.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
5. 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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

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