REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/323/2007 **ATAS/1027/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 25 septembre 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , 1220 LES AVANCHETS, représenté par Monsieur BOREL Frédéric de Winterthour Arag, rue de Beau-Séjour 15, 1002 LAUSANNE	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 D_____, né le 1973, d'origine portugaise, vit en Suisse depuis septembre 1990. Il a travaillé à Genève d'abord comme barman et dès le 1er octobre 1998 comme monteur de faux plafonds chez X_____.

   Il a déposé le 26 décembre 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il indique qu'il est en arrêt maladie depuis le 15 octobre 2002 en raison d'un problème de scaphoïde au poignet droit et du fait que le quatrième doigt de sa main gauche est immobilisé suite à un accident.

2. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ des ("établissement hospitalier"), médecin traitant, a versé au dossier un rapport établi le 9 mars 2004 par le Dr B_____, chef de clinique adjoint au département de chirurgie de la main des "établissement hospitalier", aux termes duquel ont été retenus, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ceux de :

   - pseudarthrose du scaphoïde carpien droit de type 2 B selon la classification d'Alnot connue depuis 1996 et secondaire à un accident survenu au Portugal en 1992,
   - section fléchisseur profond D4 gauche en zone I survenue le 17 octobre 2003,
   - section nerf collatéral radial D4 gauche survenue le 17 octobre 2003,
   - perte de substance palmaire IPD D4 gauche survenue le 17 octobre 2003,
   - ostéoarthrite IPD D4 gauche le 11 novembre 2003,

   et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une hépatite B chronique depuis 1987.

   Le Dr B_____ a expliqué que le seul traumatisme adéquat pouvant expliquer une fracture du scaphoïde carpien droit est une chute à moto survenue au Portugal en 1992. Le patient a été opéré le 23 octobre 1996 d'une cure de la pseudarthrose selon Matti-Russe et a repris le travail dix mois plus tard dans une entreprise du bâtiment spécialisée dans les faux plafonds. Le 23 octobre 2002, le patient l'a à nouveau consulté à la suite d'un mouvement de torsion du poignet droit ayant entraîné des douleurs violentes. C'est alors que les examens radiographiques ont mis en évidence la persistance d'une pseudarthrose du scaphoïde droit classée 2 B selon la classification d'Alnot. Le patient a subi une nouvelle intervention consistant en une greffe vascularisée du scaphoïde selon Zaidenberg effectuée le 21 novembre 2002.

   Parallèlement, le patient a été victime le 17 octobre 2003 d'un accident domestique au cours duquel il s'est coupé avec un porte-savon à la face palmaire de l'interphalangienne de l'annulaire de la main gauche. Quelques jours plus tard, une

nécrose d'un lambeau en sifflet surinfection de la pulpe de D4 gauche associée à une hypoesthésie palpaire distale cubitale a été constatée.

Le médecin a ajouté que l'état n'était pas encore stabilisé s'agissant de l'évolution de l'annulaire de la main gauche, contrairement à la situation pour le poignet droit. Le patient a alors été dirigé vers l'atelier de reconversion professionnelle de Beau-Séjour.

Il a été en l'état considéré que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, qu'il devait être pris en compte une diminution du rendement de 50%, qu'une autre profession, par exemple dans l'informatique, pouvait en revanche être envisagée à 100% à compter du 27 février 2004 au plus tôt.

3. Le Dr B_____ a établi un nouveau rapport le 13 septembre 2004, dans lequel il constate que l'état de santé s'est aggravé. Il ne note à cet égard pas d'amélioration notable des douleurs du poignet droit malgré les différentes opérations effectuées depuis le 21 novembre 2002. Il indique toutefois que depuis le 29 juin 2004, les douleurs ont sensiblement diminué d'un point de vue objectif seulement permettant notamment une augmentation de la force de serrage au Jamar. Selon lui, la compliance est optimale mais le patient ayant une thymie plutôt dépressive, il conclut à une mauvaise concordance entre les plaintes et son examen clinique. Il confirme qu'il serait envisageable pour l'assuré de reprendre un travail dans une activité de bureau ou administrative à 100% dès la fin septembre 2004.

   Est joint à ce rapport un compte-rendu opératoire concernant l'intervention pratiquée le 29 juin 2004.

4. Invité à se déterminer, le Dr C_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) s'est demandé, dans une note du 17 janvier 2005, si la reprise d'une activité dans un domaine plutôt administratif telle qu'envisagée par le Dr B_____ peut être réellement prise en considération, alors que l'assuré est barman.

5. Dans une note du 11 mars 2005, la Dresse D_____ du SMR, a récapitulé les limitations fonctionnelles découlant de la pseudarthrose du scaphoïde carpien droit d'une part et de la blessure à l'annulaire gauche avec des séquelles tendineuses nerveuses et infectieuses d'autre part. Il s'agit des limitations suivantes : diminution de la force préhension et de la mobilité du poignet droit, pas de travail en force, contre-résistance ou répétitif du poignet droit, pas de port de charges supérieures à 10 kg avec la main droite, diminution du verrouillage du poing gauche lors de la préhension d'objets fins, pas de travail au froid.

   Elle relève par ailleurs que si une nouvelle intervention s'avérait nécessaire, par exemple l'amputation de l'annulaire gauche ou la dénervation du poignet droit, les limitations fonctionnelles n'en seraient pas modifiées. Seule une amélioration des

douleurs pourrait intervenir. Il faudrait en revanche compter environ deux mois d'incapacité de travail totale dans toute activité, ce qui n'empêcherait pas des mesures professionnelles de démarrer avant, pendant ou après.

6. Par décision du 19 avril 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un stage d'orientation professionnelle dispensé dans le cadre de l'atelier OSER du Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 2 août au 30 octobre 2005.

7. Du rapport de réadaptation professionnelle daté du 19 avril 2005, il ressort que l'assuré ne peut se prononcer sur le bien-fondé de la capacité résiduelle retenue. Il n'est pas opposé à suivre un stage bien au contraire mais fait part de ses angoisses. Avant la dénervation pratiquée en juin 2004, l'assuré avait été adressé par le Dr B_____ à "établissement hospitalier" où on lui a fait démonter des appareils avec un tournevis et où il a même été amené à démonter des armoires. Vu les tâches inadaptées confiées, l'assuré avait dû arrêter après trois jours tant les douleurs étaient importantes, ce qui l'avait du reste poussé à accepter l'intervention de dénervation.

8. Selon le rapport OSER du 21 octobre 2005, l'observation en atelier a mis en évidence des aptitudes manuelles permettant d'envisager une activité manuelle légère sollicitant peu le membre supérieur droit. Des travaux fins seraient envisageables. Une formation pratique en entreprise pouvant comprendre des modules de théorie pourrait être suivie. L'assuré a montré qu'il tenait bien la position de travail, qu'elle soit assise ou debout. L'habileté, la précision sont bonnes et il a le souci de la qualité du travail. Les rendements mesurés en atelier ont évolué positivement et se rapprochent de ce qui est raisonnablement exigible. Une orientation dans le secteur industriel est donc possible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles reconnues médicalement. Toutefois le comportement peu adulte de l'assuré et un abandon rapide face à un effort nécessaire limitent les chances de réussite d'une réinsertion. Les deux stages en entreprise organisés dans le cadre du CIP ont été interrompus prématurément par l'assuré qui estimait ne pas pouvoir exécuter les tâches demandées. Le responsable de la réadaptation professionnelle relève pourtant que dans les deux cas, il y avait adéquation entre le travail demandé et l'atteinte invalidante, de sorte qu'il est observé une grande différence entre les limitations alléguées par l'assuré et celles définies par le SMR. Aussi, après discussion, a-t-il été constaté qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre la mesure et l'assuré a été orienté vers le chômage et les services sociaux compétents.

9. Le service de réadaptation professionnelle a dès lors procédé au calcul du degré d'invalidité. Il a évalué le revenu annuel sans invalidité à 49'660 fr., se référant aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002, TA 7, pour un homme exerçant une activité, de niveau 4, domaine d'activité 37 "activité de l'hôtellerie - restauration - économie domestique". Le revenu déterminant d'invalide a été fixé à 46'196 fr., sur la base des ESS 2003, TA 1 pour un homme exerçant une

activité de niveau 4, et compte tenu d'un abattement de 20% (activité légère seule possible et limitations fonctionnelles). Il a ainsi été obtenu un degré d'invalidité de 6,97%

Le service de la réadaptation professionnelle a effectué un autre calcul, sur la base du rendement effectué au moment du stage, soit 70% sur un plein temps, ce qui a donné un degré d'invalidité de 18,6%.

10. Par décision du 13 février 2006, l'OCAI a dès lors rejeté la demande de l'assuré.

11. L'assuré a formé opposition le 1er mars 2006.

12. Par courrier du 4 avril 2006, le Dr E_____ a informé l'OCAI qu'actuellement le patient souffrait de douleurs au niveau du poignet droit et ceci malgré les différents traitements anti-inflammatoire, antalgique et la physiothérapie. Une IRM pratiquée le 27 février 2006 a mis en évidence une nouvelle pathologie qui n'existait pas en 2005, soit la dégénérescence avec rupture du ligament triangulaire au niveau de son sommet et du ligament scapho-lunaire, une fermeture partielle du trajet fracturaire au niveau de la pseudarthrose du scaphoïde, image kystique au sein des os du carpe, tendinopathie cubitale postérieure. Selon le médecin, ces images peuvent expliquer l'aggravation au niveau du poignet droit. Il relève par ailleurs que depuis janvier 2006, le patient souffre également de nucalgies avec céphalées probablement dues à la mauvaise position du bras pendant la journée. Il signale enfin un état dépressif réactionnel. Il rappelle que l'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis le 23 octobre 2002.

13. Dans une note du 6 juin 2006, le Dr F_____ du SMR a dès lors proposé, compte tenu des déclarations du Dr E_____, qu'il soit procédé à un examen bidisciplinaire au SMR.

14. Les Drs G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du SMR, ont ainsi examiné l'assuré et ont établi un rapport le 9 novembre 2006. Ils ont retenu, à titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, une pseudarthrose du scaphoïde carpien droit avec arthrose radiocarpienne et intracarpienne, un status après cure de pseudarthrose en 1996 et en 2002, une résection partielle de la styloïde radiale en 2003 et dénervation du poignet en 2004, ainsi que des séquelles traumatiques à l'annulaire gauche, un status après section tendineuse et nerveuse suturée secondairement et après ostéoarthrite IPD, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'obésité.

Le Dr G_____ a constaté que l'assuré ne présentait pas de personnalité pathologique au sens des critères de la CIM 10, que ceci se reflétait dans le fait d'une stabilité sur le plan professionnel, d'une bonne adaptation de la culture en Suisse, et sur le plan affectif (capacité de s'engager dans une relation de confiance

et de réciprocité à long terme et d'assumer une famille). Il ne présente pas de trouble de l'humeur (dépression) de trouble anxieux ou de trouble mental selon la nosographie d'une classification reconnue. Il est découragé et démoralisé par sa situation, souffre de troubles du sommeil, d'une augmentation de l'appétit, d'une irritabilité, parfois d'une tristesse. Selon le médecin, il s'agit-là d'une symptomatologie disparate et aspécifique, banale dans sa situation. Il n'y a pas de diminution de l'énergie d'origine psychique tel que le montre le déroulement de son quotidien (présence de plusieurs activités différentes: rendez-vous, lecture des journaux sur Internet, sorties hors du domicile, courses, travail administratif, rencontre d'amis, il accompagne et va chercher sa fille à l'école), ni de la volonté (il souhaite absolument travailler).

Le Dr G_____ a relevé dans les antécédents psychiatriques un cours séjour à "établissement hospitalier" vers l'âge de 21 ans suite à des troubles du comportement (jalousie exacerbée). Aucun suivi psychiatrique n'avait été effectué à l'époque. L'apparition d'une irritabilité et d'une agressivité due au fait qu'il est démoralisé, l'incite actuellement à rechercher un traitement psychiatrique.

En résumé l'assuré ne présente aucune limitation sur le plan psychiatrique.

En revanche, sur le plan somatique, concernant la main droite, les activités manuelles contre-indiquées ne sont pas seulement les activités lourdes ou contre résistance exigeant des mouvements du poignet mais également les mouvements répétitifs ou le port de charges, même légères en hauteur obligeant à mobiliser le poignet. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles pour la main gauche, mise à part un environnement froid et humide. La capacité de travail du point de vue somatique reste dès lors nulle dans l'activité de barman et dans celle de pose de faux plafonds. Dans une activité adaptée, par exemple une activité de surveillance ou de bureau, elle est en revanche entière, compte tenu des limitations fonctionnelles.

15. Par décision du 19 décembre 2006, l'OCAI, se fondant sur l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR, a rejeté l'opposition.

16. L'assuré, représenté par la WINTERTHUR ARAG Protection juridique, a interjeté recours le 26 janvier 2007. L'assuré reproche à l'OCAI de ne pas avoir communiqué au Dr E_____ copie du rapport du SMR pour observations, étant rappelé que le médecin traitant le connaît bien mieux que les services médicaux de l'AI. Le mandataire de l'assuré ne comprend par ailleurs pas pour quelle raison il n'a pu recevoir copie du dossier de l'OCAI malgré ses demandes répétées. Il conclut ainsi à l'annulation de la décision du 19 décembre 2006, au renvoi du dossier à l'OCAI pour complément d'instruction et nouvelle décision et à ce qu'il soit ordonné à l'OCAI de lui transmettre le dossier actualisé de l'assuré.

17. Dans sa réponse du 7 mars 2007, l'OCAI a précisé que le dossier du recourant avait été transmis dans son intégralité à son mandataire le 29 janvier 2007, et que le

dossier médical avait été communiqué au médecin traitant le 28 mars 2006. Il considère que la mise en œuvre d'un complément d'instruction ne se justifie pas, les appréciations, tant médicales s'agissant du chirurgien de la main des "établissement hospitalier" et des spécialistes du SMR, que professionnelles (cf. rapport OSER du 21 octobre 2005), concordent pour reconnaître au recourant une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Il propose dès lors le rejet du recours.

18. Par courrier du 10 avril 2007, l'assuré a rappelé qu'il n'avait pas pu terminer les deux stages prévus. Constatant que les avis du SMR rendus à la suite du rapport OSER en reprennent les conclusions sans les analyser, l'assuré sollicite du Tribunal de céans qu'il annule la décision litigieuse et renvoie le dossier à l'OCAI afin que celui-ci charge le SMR de déterminer si les deux stages suivis mais non terminés étaient ou non adaptés à son état de santé.

19. Le 24 mai 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

20. 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 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 13 février 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement à l'année 2003, 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. 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).

   Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assuré entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à des prestations de l'AI.

5. Préalablement, toutefois, l'assuré invoque une violation du droit d'être entendu, commise par l'OCAI, en ce sens que cet office ne lui aurait transmis ni la copie du rapport du SMR pour observations, ni copie du dossier complet.

   La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

   Toutefois, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

   En l'occurrence, la question de la violation du droit d'être entendu peut rester ouverte, au vu de la jurisprudence précitée. En effet, même si ce droit a été violé, il a été réparé dans la présente procédure, sachant que le Tribunal de céans dispose d'un plein pouvoir de cognition, dès lors que l'assuré a pu prendre connaissance de toutes les pièces du dossier et se déterminer.

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).

   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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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).

   L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   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.

7. 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 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). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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)

8. Il n'est pas contesté en l'espèce que l'assuré ne peut plus travailler ni comme barman ni comme monteur de faux plafonds.

Le Dr B_____ avait en revanche considéré qu'il pouvait exercer une activité adaptée, par exemple dans l'informatique, à 100%.

De l'observation faite dans le cadre de l'atelier OSER du 2 août au 16 octobre 2005, il est apparu qu'une orientation dans le secteur industriel, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles reconnues médicalement, pouvait être

envisagée avec un rendement se rapprochant de ce qui est raisonnablement exigible, mais que le comportement de l'assuré ferait échouer toute mesure.

Le 4 avril 2006, le Dr E_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, ce qui a conduit l'OCAI à mandater les Drs G_____ et H_____ pour un examen bidisciplinaire. Ces médecins, dans leur rapport du 9 novembre 2006, ont confirmé que l'assuré présentait une capacité entière de travail dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles portant essentiellement sur l'utilisation de la main droite.

Il y a lieu de constater que le rapport des médecins du SMR revêt force probante. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes de l'assuré, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Il y a ainsi lieu de lui accorder toute valeur probante.

Qui plus est, ses conclusions sont confirmées par les constatations faites lors du stage dans l'atelier OSER.

Il y a par ailleurs lieu de relever que le Dr E_____ ne se détermine pas précisément sur la capacité résiduelle de travail de son patient. Il se borne à rappeler que celui-ci est en arrêt de travail depuis le 23 octobre 2002. Ses observations ne sont dès lors pas suffisantes pour qu'il soit justifié de s'écarter des conclusions des médecins du SMR.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

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 ; VSI 2002 p. 70).

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 d'un assuré 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).

10. Le taux d'abattement de 20% retenu par l'OCAI en l'espèce n'est pas critiquable, et prend en considération les importantes limitations fonctionnelles subies par l'assuré.

Le Tribunal de céans s'étonne en revanche de la remarque figurant dans le rapport final de réadaptation professionnelle selon laquelle le revenu de l'activité exercée chez X_____ depuis 1998 a été délibérément écarté, au motif que cette activité n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assuré, alors que précisément il s'agissait d'évaluer le revenu sans invalidité.

Toutefois, même en tenant compte du revenu de poseur de faux plafonds qu'il aurait pu réaliser sans invalidité, le degré d'invalidité obtenu reste inférieur à 40%, taux en deçà duquel aucune rente ne peut être accordée, mais est supérieur à 20%, ce qui pourrait, selon la jurisprudence du TFA, donner droit à d'éventuelles mesures de réadaptation.

11. Le recours est ainsi rejeté, étant précisé qu'aux termes du nouvel art. 18 al. 1 LAI, entré en vigueur le 1er janvier 2004, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont notamment 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. Cette modification ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral mais 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. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également ATFA non publié du 29 mars 2005, I 776/04). La nouvelle teneur de l'art. 18 al. 1 LAI a été adoptée par le Conseil national - suite au retrait d'une proposition plus contraignante encore pour les offices AI - sans discussion (BO CN 2001, p. 1935). Lors du plenum du Conseil des États, la rapporteure de la Commission a recommandé d'adopter la proposition -

ce qui a été le cas sans discussion - notamment en raison du fait que cette nouvelle disposition constituait une base juridique contraignante pour l'activité de placement des offices AI (BO CE 2002 p. 756). L'art. 18 al. 1 LAI, 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 (cf. ATFA du 22 septembre 2005 I 54/05).

Une aide au placement devra dès lors être accordée à l'assuré, pour autant qu'il en fasse la demande par écrit.

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