REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/335/2007 **ATAS/1437/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 18 décembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié à Vernier, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LIRONI Marc	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 G_____, d'origine kurde, est arrivé en Suisse en 1988; il y a occupé divers emplois. Il a exercé en 1996 une activité de cuisinier indépendant, activité qu'il a interrompue dès octobre 1997 en raison de problèmes d'allergie. Il a alors déposé une première demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), laquelle a été rejetée par décisions des 7 et 8 juin 2001 (mesures professionnelles et rente), au motif qu'il était en mesure de reprendre une activité lucrative en tant que chauffeur - livreur ou vendeur non-alimentaire et de réaliser ainsi un revenu suffisant pour ne pas subir de perte de gain.

2. Il travaillait comme manœuvre chez X_____ depuis le 1er juillet 2001 lorsqu'il a été victime d'un accident de chantier le 15 août 2001, à la suite duquel il a souffert d'une fracture de la rotule gauche. Il a présenté dès le 22 février 2002 des signes de chondropathie rotulienne gauche.

3. Le cas a été pris en charge par la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS.

   Il a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 28 mai au 3 juillet 2002. Un rapport a été établi le 8 août 2002 au terme du stage. Il a été constaté que les douleurs du genou gauche dont se plaint l'assuré sont probablement à mettre sur le compte d'une chondropathie rotulienne avec status adhérentiel et du Südeck déjà traité. Les médecins disent avoir été également frappés par d'importantes autolimitations et certaines incohérences. La capacité professionnelle de l'assuré n'a pas été évaluée compte tenu de l'avis orthopédique encore attendu. En l'état la capacité de travail actuelle dans la profession de manœuvre est nulle.

4. L'assuré a déposé le 18 juin 2002 une demande auprès de l'OCAI visant à une orientation professionnelle, un reclassement et un placement. Il a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle dans le cadre du Centre d'intégration professionnelle du 5 avril au 4 juillet 2004. Le stage a cependant dû être interrompu le 7 avril 2004 en raison de douleurs au genou et de lombalgies, l'empêchant de rester assis.

5. Dans un rapport du 11 mai 2004, le Dr L_____, spécialiste FMH en orthopédie, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient et indiqué qu'il pouvait travailler à 50% dans une activité sédentaire légère assise. Le médecin relève qu'il n'y a pas de concordance entre les plaintes de l'assuré et son examen clinique et suggère qu'un examen complémentaire soit effectué pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

6. Mandaté par l'OCAI, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a établi un rapport d'expertise le 29 octobre 2004. Il conclut à une capacité de travail à 50% dans une activité légère et assise.

7. Dans son rapport d'expertise du 14 novembre 2005, la Dresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, également mandatée par l'OCAI, a considéré que le diagnostic de trouble somatoforme devait être écarté car des problèmes d'ordre organique pourraient expliquer les plaintes de l'assuré en majeure partie. Elle n'a toutefois pas exclu l'implication de facteurs psychologiques qui se rajoutent, l'assuré se voyant devenir progressivement invalide alors qu'il est relativement jeune. Elle n'a pas relevé de symptômes d'état dépressif, ni anxieux, ni d'autres troubles psychiatriques. Elle en a dès lors conclu que l'assuré ne présentait pas une pathologie psychiatrique associée qui pourrait modifier l'appréciation du Dr M_____. Elle a ainsi fixé l'incapacité de travail pour des raisons physiques à 50% dans une activité adaptée depuis le 15 août 2001, étant précisé qu'il n'y a pas de problèmes d'ordre psychique.

8. Dans un rapport du 5 avril 2006, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et tropicale, médecin traitant, a rappelé les diagnostics de status après fracture de la rotule gauche, chondropathie rotulienne gauche chronique et lésion de la corne postérieure du ménisque interne gauche, depuis le 15 août 2001. Il a également posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de dermatite allergie, d'allergie aux pollens d'arbres et herbacées et d'allergies alimentaires multiples, depuis octobre 1997. Selon lui l'incapacité de travail comme aide-maçon est totale depuis le 15 août 2001 et l'état de santé s'aggrave.

9. Le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé le 7 juin 2006 à une comparaison des gains pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré. Il a ainsi pris en compte, d'une part, un revenu d'invalide de 25'654 fr., sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique, selon une capacité de travail de 50% dans une activité légère permettant l'alternance des positions, et un taux d'abattement supplémentaire de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle partielle, et, d'autre part, un revenu sans invalidité de 56'160 fr. (4'320 fr. x 13 en 2002) selon le rapport de l'employeur de 24 juin 2002. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 54%. Il a par ailleurs précisé que des mesures professionnelles n'apparaissaient pas indiquées, puisque les mesures mises en œuvre avaient échoué après quelques jours seulement. Une aide au placement en revanche pourrait lui être accordée.

10. L'OCAI a communiqué à l'assuré le 14 juin 2006 un projet de décision lui accordant une demi-rente dès le 1er août 2002.

11. L'assuré, représenté par Maître Marc LIRONI, a contesté ce projet le 11 juillet 2006. Il relève plus particulièrement que l'OCAI se réfère à une "activité adaptée à l'état de santé" sans prendre la peine de préciser ni la branche, ni le genre d'activité envisagés. Il ne voit pas quant à lui quelle activité il pourrait encore exercer, étant âgé de 46 ans, ayant un niveau de formation et scolaire élémentaire, s'exprimant dans un français approximatif, ceci sans compter le fait que des limitations fonctionnelles importantes l'entravent considérablement dans l'accomplissement de gestes simples ou quotidiens.

12. Par deux décisions du 11 décembre 2006, l'OCAI a confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2002. Il s'est fondé sur l'avis du médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR), selon lequel la capacité de travail de l'assuré en tant que manœuvre est certes nulle, mais que rien n'empêche celui-ci d'exercer une autre activité plus légère physiquement sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation.

13. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté deux recours le 29 janvier 2007 contre lesdites décisions. Il considère que l'OCAI a délibérément ignoré l'avis du Dr O_____ du 5 avril 2006, selon lequel "le pronostic me paraît tout à fait médiocre quant à l'éventualité d'une reprise de travail aussi léger soit-il". Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr M_____, dans la mesure où ce rapport présente de graves lacunes. L'expert n'explique en effet pas à quel type d'activité il se réfère lorsqu'il affirme que l'assuré est capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. Aussi l'assuré considère-t-il que ce rapport n'est pas suffisamment motivé. Il souligne que les importantes limitations dues à son handicap l'empêcheraient d'assumer un emploi et de trouver un employeur. Les conclusions du Dr M_____ sont au surplus en contradiction flagrante avec l'avis du Dr O_____ du 5 avril 2006. Il conteste enfin le calcul auquel a procédé l'OCAI pour déterminer le degré d'invalidité, considérant qu'un abattement supplémentaire de 20% aurait dû être pris en compte. Il sollicite la comparution personnelle des parties et l'audition du Dr Jean-Pierre O_____.

14. Le greffe du Tribunal de céans a enregistré sous un seul et même numéro de cause les deux recours interjetés contre les deux décisions du 11 décembre 2006.

15. Dans son préavis du 7 février 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours.

16. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr O_____ le 15 mai 2007. Celui-ci a déclaré :

    "lorsque j'ai établi le rapport du 11 octobre 2003 à l'attention de l'OCAI, je ne suivais pas directement l'assuré. C'est le Dr L_____ qui s'en occupait. Lorsque celui-ci a cessé son activité, j'ai pris sa relève en tant que médecin généraliste. Je ne lui ai pas recommandé de s'adresser à un orthopédiste parce que son état était stationnaire. J'ai laissé la question de savoir s'il pouvait reprendre le travail dans

une activité plus légère ouverte, ne sachant pas quelle serait l'évolution de son état et compte tenu du fait qu'il était suivi par le Dr L_____.

J'ai commencé à revoir l'assuré fin 2005 - début 2006. J'ai alors constaté qu'il n'y avait pas eu d'amélioration. C'est en ce sens que j'ai indiqué dans mon rapport du 5 avril 2006 que son état s'était aggravé. Il continuait à marcher à l'aide de deux béquilles. J'ai également déclaré que l'éventualité d'un travail même léger ne me paraissait pas envisageable. En effet, l'assuré doit changer de position toutes les quinze minutes environ. Il souffre de douleurs chroniques. Je vois mal dans ces conditions quelle activité il pourrait exercer. J'ai indiqué qu'il n'y avait pas eu de modifications objectives depuis fin 2004. J'ai voulu dire qu'il n'y avait pas eu d'amélioration. Je sais que le Dr L_____ et le Dr M_____ ont estimé que l'assuré pouvait travailler dans le cadre d'une activité légère, assise, à 50%. Encore une fois je vois difficilement quel type d'activité ils ont envisagé, dans la mesure où l'assuré doit changer de position très régulièrement. Je n'ai pas le sentiment qu'il y a exagération de la part de l'assuré. Je pense au contraire que les douleurs dont il se plaint correspondent aux atteintes à la santé. L'assuré a souffert d'épisodes aigus de lombalgies dus à l'utilisation des cannes et à un certain déhanchement".

17. Par courrier du 29 mai 2007, l'OCAI s'est déterminé quant au droit du recourant à des mesures professionnelles. Il a ainsi déclaré qu'il était disposé à mettre l'assuré au bénéfice d'une aide au placement, dans le cadre de laquelle une orientation professionnelle, voire une mise au courant assortie d'indemnités journalières, pourrait être envisagée.

18. L'assuré a, le 12 juin 2007, fait part de ses observations. Il considère que la proposition d'une mesure d'aide au placement est nettement insuffisante et ne lui permettra pas de retrouver un emploi. Il sollicite dès lors l'octroi de mesures de reclassement auxquelles il considère avoir droit, dans la mesure où son degré d'invalidité atteint largement le taux des 20%. Une mesure d'observation sous forme d'un stage OSER permettrait de dégager les voies d'orientation professionnelle. Il rappelle à cet égard que le stage au bénéfice duquel il avait été mis du 5 avril au 4 juillet 2004 avait été interrompu le 7 avril pour des raisons médicales. Il suggère en conséquence de suspendre la présente procédure, de renvoyer le dossier à l'OCAI afin que celui-ci organise un stage d'observation et le cas échéant, des mesures de reclassement.

19. Le 15 août 2007, l'OCAI, se référant aux rapports d'expertises du Dr M_____ et de la Dresse N_____, a estimé que la mise en œuvre d'un nouveau stage d'observation professionnelle ne se justifiait pas.

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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 1er décembre 2006, mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement à l'année 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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 porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

5. 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).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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).

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).

9. En l'espèce, l'assuré conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 50% que l'intimé a retenu dans le cadre d'une activité légère, sur la base du rapport d'expertise rédigé par le Dr M_____.

10. Dans son rapport du 29 octobre 2004, le Dr M_____ a retenu les diagnostics de status après fracture verticale externe de la rotule gauche compliquée par une algoneurodystrophie de Südeck ainsi que l'évolution secondaire d'une arthrose post-traumatique, depuis le 15 août 2001. Il a également fait allusion à des lombalgies fonctionnelles présentes depuis début 2004, lesquelles sont toutefois sans répercussion sur la capacité de travail.

    Il a considéré que si l'on s'attachait aux éléments objectifs, une capacité théorique actuelle de travail de 50% dans une activité permettant une position assise alternée avec des déplacements peu importants et à l'absence de charge serait possible, le pronostic étant toutefois réservé.

11. L'assuré a critiqué le rapport d'expertise du Dr M_____, en tant qu'il n'est pas suffisamment motivé. Il relève à cet égard que l'expert n'explique pas à quel type d'activité il se réfère lorsqu'il affirme qu'il pourrait travailler à 50%.

    Le Tribunal de céans constate cependant que le rapport d'expertise du Dr M_____ se fonde sur des examens approfondis. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier de l'assuré. Le Dr M_____ a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il décrit précisément quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. Aussi doit-on admettre que son rapport d'expertise répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

12. Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

13. L'assuré se réfère à l'avis de son médecin traitant, selon lequel son incapacité de travail est totale.

14. Le Tribunal de céans constate en réalité que dans son rapport du 5 avril 2006, le Dr O_____ a indiqué que l'incapacité de travail de son patient était entière depuis le 15 août 2001 en tant qu'aide-maçon, ce qui est confirmé par le Dr M_____, et ajouté que l'état de santé s'aggravait. Le Dr O_____ ne se prononce pas sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, se contentant de déclarer que "le pronostic me paraît tout à fait médiocre quant à l'éventualité d'une reprise de travail, aussi léger soit-il". Cette observation au demeurant succincte n'est pas suffisante pour que l'on s'écarte des conclusions de l'expert, étant rappelé que

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

15. Force est ainsi de constater que l'appréciation médicale du Dr M_____ sur laquelle s'est fondée l'OCAI doit être retenue. Elle ne fait du reste que confirmer les conclusions du Dr L_____ datées du 11 mai 2004. Par ailleurs, s'agissant de l'aspect psychiatrique, la Dresse N_____ n'a observé aucune atteinte à la santé.

    Il y a par ailleurs lieu de rappeler que l'on ne peut parler d'invalidité lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé (art. 8 LPGA), mais par d'autres facteurs, notamment pour des raisons inhérentes à la personnalité de la personne assurée, par exemple un manque d'ardeur au travail, une formation insuffisante (RCC 1989 p. 322 ; RCC 1980, p. 260) ou des connaissances linguistiques limitées (RCC 1988 p. 503 ; Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence No 1026).

16. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

17. 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 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 (ci-après ESS; 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).

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.

18. En l'occurrence, l'OCAI a correctement procédé à la comparaison des gains sur la base d'une capacité de travail de 50% dans une activité légère, ce conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables et à la jurisprudence fédérale.

Il a pris en considération un taux d'abattement supplémentaire de 10%. L'assuré l'estime insuffisant, considérant qu'un abattement de 20% serait plus adéquat.

Il convient à cet égard de rappeler que 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 Tribunal de céans est d'avis, au vu de la jurisprudence sus-évoquée, qu'un 10% suffit à prendre en considération les limitations présentées par l'assuré et le temps partiel. Le degré d'invalidité retenu par l'OCAI, et, partant, le droit à une demi-rente, doivent dès lors être confirmés.

19. 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.

20. 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).

21. 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]).

22. 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