

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3708/2006

ATAS/71/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 23 janvier 2007

En la cause

Monsieur I _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Valérie MONTANI et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur I _____, né le 1956, a déposé le 5 juillet 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement.

De formation pâtissier-confiseur, il a travaillé en dernier lieu depuis le 22 septembre 1993 au service de la société Mille Emplois Sàrl, agence temporaire, en qualité de manœuvre dans le bâtiment. Il a cessé toute activité lucrative le 21 octobre 2003 en raison de son état de santé.

2. Dans un rapport du 31 janvier 2005, le Dr A _____, médecin traitant, généraliste, a estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis cette date. Celui-ci souffre de dorso-lombalgies depuis de nombreuses années avec exacerbation des crises de lombo-sciatalgies depuis environ deux à trois ans (hernie discale L5-S1 appuyant sur l'émergence de la racine de S1 gauche et importante discarthrose en L2-L3, L3-L4). Il présente également une dépendance à l'alcool et a été de ce fait hospitalisé plusieurs fois aux HUG et à la Clinique genevoise de Montana pour un sevrage. Le médecin a également signalé une dépression nerveuse.
3. Dans une note du 15 mars 2005, Le Dr B _____ du Service médical régional AI (SMR) a considéré que toute activité lourde sollicitant le rachis était médicalement contre-indiquée dès octobre 2003, qu'en revanche une capacité de travail entière devait lui être reconnue dans une activité adaptée "dès maintenant". Selon le médecin, l'alcoolisme ne doit pas être évoqué pour diminuer le rendement car l'abstinence est exigible, et le trouble thymique est corrélatif à l'alcoolisme et non invalidant.
4. Un rapport du service de la réadaptation professionnelle a été établi le 22 mars 2005, aux termes duquel les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr B _____ ont été reprises, soit :
 - possibilité d'alterner et de varier les positions,
 - pas de charges supérieures à 5 à 10 kg de manière répétée
 - pas de flexions/rotations en porte-à-faux du tronc de manière répétée et
 - éviter le travail sur échelle et les escaliers nombreux, ainsi que la marche prolongée en terrain irrégulier.

Dans le rapport final du 28 juin 2006, après avoir comparé les salaires avant et après l'atteinte à la santé, et obtenu un degré d'invalidité ne dépassant pas 2,4%, le service de la réadaptation professionnelle a proposé que soit étudié le droit de l'assuré à des prestations rétroactives limitées dans le temps, à l'issue de l'année de carence et jusqu'en mars 2005 et qu'il soit incité à se renseigner auprès de

l'assurance-chômage sur un éventuel droit à des indemnités. Aucune mesure professionnelle n'a été envisagée.

5. Dans un courrier adressé à la MOBILIERE SUISSE ASSURANCES le 28 avril 2004, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a déclaré que "du point de vue du diagnostic, le problème principal est ostéo-articulaire et a un caractère chronique. Il est évident que son état ne lui permet pas d'assumer les tâches lourdes de son activité actuelle et que l'arrêt à 100% est justifié. Par ailleurs il existe plusieurs comorbidités (affections sans lien avec la maladie principale) jouant aussi un rôle dans l'incapacité mais de façon secondaire. Il me paraît souhaitable, vu la durée de l'incapacité et la bonne motivation du patient de recommencer à travailler, de prévoir des mesures de réinsertion dans le cadre de l'AI. Le médecin traitant a déjà commencé les démarches dans ce sens".
6. Le 26 juillet 2006, l'OCAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente entière du 24 octobre 2004 au 15 juin 2005, se fondant sur une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité, jusqu'à cette date. Depuis, considérant que suite à l'amélioration de son état de santé et à la récupération d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 15 mars 2005, son degré d'invalidité était de 2,4%, l'OCAI lui a également nié le droit à des mesures professionnelles de reclassement.
7. Par courrier du 24 août 2006, l'assuré a contesté ce projet de décision, rappelant que selon son médecin traitant, son incapacité de travail était totale depuis le 24 octobre 2003 et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé depuis le 15 mars 2005. Il produit un certificat établi par le Dr A_____, daté du 15 août 2006, attestant de ce que depuis environ une année, son état de santé physique s'était aggravé avec notamment de nombreux épisodes de lombo-sciatalgies et de raideur lombaire de plus en plus fréquente. Le médecin a également relevé que son patient souffrait d'une sinusite chronique, ce qui l'empêchait de respirer normalement et expliquait un grand état de fatigue actuel. Il a confirmé l'incapacité de travail à 100%.
8. Invitée à se déterminer, la Dresse D_____, médecin-conseil du SMR a en revanche considéré, le 12 septembre 2006, qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé, la sinusite n'étant pas une maladie invalidante. Selon elle, les problèmes lombaires permettent néanmoins l'exercice d'une activité, même depuis avril 2004, activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr B_____. Elle considère que si le médecin traitant pense que l'assuré ne peut plus rien faire, c'est en raison d'autres problèmes, notamment l'alcoolisme qui induit une dépression. Elle confirme ainsi l'existence d'une incapacité totale de travailler dès le 24 octobre 2003 dans l'ancienne activité et une capacité recouvrée de 100% dès avril 2004 dans une activité adaptée.

9. Par décision du 18 septembre 2006, l'OCAI a constaté que selon le SMR, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès avril 2004 et non dès le 15 mars 2005 comme retenu dans le projet de décision. Par conséquent, à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 24 octobre 2004, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0% et de 100% dans une activité adaptée. Procédant à la comparaison des revenus, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité à 2,6% et a rejeté la demande de prestations AI.
10. L'assuré a interjeté recours le 12 octobre 2006 contre ladite décision, "vu l'état de santé de mon dos qui ne s'est pas amélioré depuis ces trois dernières années (...)". Il a joint à son courrier une attestation de son médecin traitant, datée du 3 octobre 2006, selon laquelle il "souffre d'une aggravation de ses lombo-sciatalgies depuis le début de cette année. La marche de plus de 500 mètres ainsi que la position assise de plus de 10 minutes lui provoquent des lombo-sciatalgies bilatérales avec sensation d'endormissement dans les deux jambes. Malgré la physiothérapie, les différents AINS, nous n'avons pas constaté d'amélioration, raison pour laquelle nous avons pratiqué le 25 septembre 2006 un Ct-lombaire et sacré qui a montré aux niveaux des espaces L1-L2, L2-L3 une discopathie sévère antérieure, de l'espace L3-L4 une rétrolysthesis de L3 avec protrusion discale, de l'espace L4-L5 une protrusion discale prononcée, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur l'émergence des racines de L5. Il existe une spina bifida en S1 et non fermeture du canal sacré. De ce qui précède, je pense que *l'assuré* n'est pas en condition de reprendre une activité professionnelle (comme démolisseur ou dans le bâtiment). Je pense que pour l'avenir on doit lui proposer selon évolution de son état un recyclage professionnel".
11. Dans un avis du 7 novembre 2006, la Dresse D_____ relève que le SMR est du même avis que le médecin traitant s'agissant des anciennes activités exercées par l'assuré, trop lourdes; elle souligne par contre que dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Elle considère que les lombo-sciatalgies n'étant pas accompagnées de troubles moteur, il s'agit de douleurs en corrélation avec une atteinte ostéoarticulaire. Elle rappelle enfin que quoi qu'il en soit le préjudice économique subi est trop faible pour ouvrir un droit aux prestations AI.

Se fondant sur cet avis, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
12. Le courrier de l'OCAI a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges,

dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 18 septembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant 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.

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, ou à des mesures de réadaptation professionnelle.
6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

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; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se refuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. En l'espèce, tant les médecins du SMR que le médecin traitant sont d'accord pour considérer que l'assuré est incapable de travailler à 100% dans son activité antérieure.

Les Drs B _____ et D _____ estiment qu'il a en revanche recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr B _____ dans son rapport du 15 mars 2005, soit :

- possibilité d'alterner et de varier les positions,
- pas de charges supérieures à 5 à 10 kg de manière répétée
- pas de flexions/rotations en porte-à-faux du tronc de manière répétée et
- éviter le travail sur échelle et les escaliers nombreux, ainsi que la marche prolongée en terrain irrégulier.

Le médecin traitant partage dans une certaine mesure cet avis puisqu'il déclare dans son attestation du 3 octobre 2006, "je pense que pour l'avenir on doit lui proposer selon évolution de son état un recyclage professionnel".

Les conclusions des médecins du SMR sont toutefois divergentes quant à la date à compter de laquelle l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. Le Dr B _____ en

effet indique que l'assuré peut exercer une activité adaptée à 100% dès le 15 mars 2005 alors que la Dresse D _____ retient le mois d'avril 2004.

Il y a lieu de constater que la date fixée par le Dr B _____ correspond au jour de son examen alors que la Dresse D _____ a procédé à une évaluation rétroactive. Le Tribunal de céans s'écartera dès lors de cette appréciation faite a posteriori, au demeurant sans justification particulière, et retiendra comme déterminante la date du 15 mars 2005.

En conséquence, l'assuré peut prétendre à une rente entière du 24 octobre 2004 au 15 juin 2005, compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI, selon lequel,

"Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période.

Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre".

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité présenté par l'assuré après le 15 juin 2005.

Le taux d'invalidité fondant le droit à la rente dans l'assurance-invalidité est évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus : le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus, les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174).

En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2004 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

a) S'agissant du revenu sans invalidité, il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Lorsque le revenu sans invalidité est très nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple formation professionnelle insuffisante), il y a lieu d'en tenir compte lors de

l'évaluation de l'invalidité, en prenant en considération ce facteur pour déterminer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 225). Par ailleurs, d'après la jurisprudence du TFA, si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative ou n'a repris aucune activité nouvelle qu'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il est possible de se référer aux "salaires selon les tableaux" pour fixer le montant du revenu théorique après invalidité (Pratique VSI 1998 p. 296).

Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 12 août 2004, le salaire que réaliserait l'assuré sans atteinte à la santé comme manoeuvre dans le bâtiment, serait de 52'920 fr. en 2004, y compris le 13^{ème} salaire.

b) Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182).

Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

C'est ainsi que dans un arrêt du 29 août 2005 (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5.), le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'un abattement de 20 %, fixé par l'instance cantonale, était conforme à la jurisprudence pour une personne

née en 1944, manœuvre en bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements. Par ailleurs, dans un arrêt non publié du 6 juillet 2005 (ATFA non publié, I 149/2005, consid. 6.2.), le TFA a admis une réduction de 15% pour une personne présentant des limitations fonctionnelles sur le plan physique et étant dépourvue de toute formation. En outre, le TFA (ATFA non publié du 29 juillet 2003, I 405/03 consid 5.2.) a admis, dans une autre cause, une réduction de 25% opérée par l'instance inférieure en raison de l'atteinte à la santé du recourant, de sa capacité résiduelle de travail et de son âge. A noter que le recourant avait vingt ans d'expérience dans le domaine en question. On notera que le TFA a confirmé, dans un arrêt (ATFA non publié du 2 juin 2003, I 224/2004, consid. 4.2.3.), la réduction de 20% octroyée par l'OCAI en raison des limitations d'un assuré, atteint de rachialgies diffuses chroniques dans le cadre d'une hypercyphose dorsale et de discopathies L4-L5 et L5-SI, d'hyperostose vertébrale cervico-dorsale, de syndrome de majoration des plaintes, de syndrome rotulien bilatéral, d'antécédents d'ulcère gastrique et de sinusite chronique. En revanche, notre plus haute instance n'a pas admis la réduction de 25%, réclamée par le recourant qui invoquait en plus son âge et sa nationalité, au motif qu'il était né en 1952, qu'il était au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle acquise en Suisse depuis 1977. A l'inverse, dans un arrêt non publié (ATFA du 10 mai 2002, I 481/01, consid. 4.), le TFA a retenu le taux maximum de réduction, soit 25%, en raison de l'âge de l'assuré, né en 1947, de sa scolarité interrompue à l'âge de 12 ans, de la limitation de son acuité visuelle et des diverses limitations décrites par les médecins liées à son activité. Enfin, dans un arrêt du 14 septembre 2005 (ATFA non publié, I 808/2004, consid. 3.3. et 4.4.), le TFA a estimé qu'un abattement de 20% ne se justifiait pas en l'espèce, la juridiction cantonale ayant accordé une trop grande importance au handicap de l'assuré, alors qu'il en avait déjà été tenu compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Un des seuls éléments susceptibles d'influer sur la capacité de travail du recourant, ajoutait le TFA, était, dans le cas particulier, son absence de formation professionnelle, ce qui légitimait une déduction de 10% tout au plus. Toutefois, ceci conduisant à une reformatio in pejus au détriment de l'assuré et, dans la mesure où le jugement cantonal ne concluait qu'à la confirmation de sa décision sur opposition, le TFA a renoncé à faire usage de cette faculté donnée au juge (ATF 119 V 249).

En l'occurrence, le recourant n'a pas repris l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. Dès lors, il convient de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour établir son revenu d'invalidité. Si l'on tient compte du fait que l'assuré pouvait exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2004, TA1, niveau 4). Ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain

nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles au recourant. Ce salaire hypothétique mensuel s'élève à 4'588 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise. Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 2004, soit 41.6 heures (La Vie économique 1/2-2006, tableau B9.2), on obtient alors un salaire de 4'771 fr. 50fr. par mois (4'588 fr. x 41.6 heures : 40 heures), soit un revenu annuel de 57'258 fr.

Le Tribunal de céans considère qu'un abattement supérieur à 10% ne se justifie pas, l'assuré ne subissant aucune baisse de rendement et les activités simples et répétitives recouvrant un large éventail d'activités légères adaptées à son handicap. Une réduction de 10% sera néanmoins accordée, et ce pour tenir compte de l'absence de formation professionnelle. Le gain d'invalidité s'élève donc à 51'532 fr.

Si l'on compare ce montant avec le revenu réalisé avant invalidité, on obtient, ainsi que l'a calculé l'OCAI, un degré d'invalidité de 2,6% (52'920 fr. - 51'532 fr. x 100 : 52'920 fr.), selon la règle d'arrondi fixée par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à des mesures de réadaptation, le seuil minimum de 20% requis par la jurisprudence n'étant pas atteint (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Il apparaît ainsi que la capacité de travail de l'assuré n'est pas limitée sur le plan somatique, dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à des prestations AI (art. 28 al. 1 LAI).

En conclusion, bien que l'assuré souffre de lombo-sciatalgies plus particulièrement, on doit pouvoir exiger de lui les efforts nécessaires pour exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps. Il n'a en conséquence pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Il ne peut pas non plus prétendre à la prise en charge de mesures professionnelles, le taux de 20% au minimum n'étant pas réalisé.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité du 24 octobre 2004 au 15 juin 2005.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renonce à la perception de l'émolument.
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); 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