

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3801/2007

ATAS/349/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 25 mars 2008

En la cause

Monsieur S_____, domicilié
À MEYRIN, représenté par ASSUAS, Association suisse des
assurés

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré), en Suisse depuis 1979, exerçant la profession de maçon, a déposé le 15 juin 1995 une demande visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.
2. Il a travaillé comme maçon au service de l'entreprise X_____ S.A. à plein temps depuis le 1^{er} septembre 1993 et a cessé toute activité lucrative depuis le 20 mars 1995.
3. Dans un rapport du 1^{er} septembre 1995, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de syndrome vertébral lombaire devenu chronique sur instabilité lombaire en présence de spondylolyse L5-S1 sans glissement et discopathie ostéochondrose au même niveau, de troubles statiques et dégénératifs lombaires et dorsolombaires, de coxarthrose latérale évolutive au début, de chondropathie rotulienne droite avancée avec début de gonarthrose droite et de fibromyalgie. Il a indiqué que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 21 mars 1995.
4. Une expertise a été réalisée le 18 mai 1995 par le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne.

Selon l'expert, l'évolution a été lentement favorable, de sorte qu'à l'heure actuelle, l'assuré présente des douleurs résiduelles, une hypertrophie de la musculature lombaire, mais pas de pathologie cliniquement décelable contre-indiquant une reprise du travail. Il précise que, cliniquement, l'assuré pourrait travailler comme maçon, relevant qu'il semble aimer son métier et qu'il ne paraît pas disposé à envisager un autre.

5. Dans un complément d'expertise daté du 23 octobre 1995, dont le but était de déterminer quelle avait été l'évolution après six mois, le Dr B_____ a considéré que la capacité de travail comme maçon était nulle, mais qu'elle pourrait être de 100% dans une profession adaptée telle que concierge ou ouvrier non qualifié.
6. Un stage dans le cadre du centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) a été mis sur pied du 15 septembre au 14 décembre 1997 à plein temps. Un rapport a été établi le 15 décembre 1997. Il en résulte que l'assuré est à même de réintégrer le circuit économique professionnel en tant qu'ouvrier non qualifié dans le secteur de l'industrie légère. Il pourrait fonctionner comme manutentionnaire au sein d'une unité de production avec un rendement normal, sur des travaux simples de nature sérielle, effectués moyennant une machine à cadence imposée ou par une équipe de travailleurs. Il est important, toutefois, qu'il puisse alterner les positions assise-debout en fonction de ses besoins et qu'il n'ait pas à soulever des charges lourdes. Il est indiqué qu' "à ce jour, l'assuré a de l'espoir, il se

rend compte que pour se sentir bien dans sa tête et pourquoi pas, dans son corps, il a besoin de travailler, ce qui lui permettra aussi d'assumer ses responsabilités familiales par ses propres moyens. Il serait essentiel, dès lors, que ses espoirs puissent rapidement se concrétiser en un emploi".

7. La division de réadaptation professionnelle a procédé à la comparaison des gains. Elle s'est fondée sur un salaire antérieur actualisé comme maçon de 52'400 fr. et un salaire réalisable comme ouvrier dans l'industrie horlogère de 39'000 fr. et a obtenu un degré d'invalidité de 25%. Elle a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, qu'il convenait d'ouvrir un mandat de placement, si l'assuré le demandait.
8. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnel du 15 septembre au 14 décembre 1997 auprès de la fondation PRO.
9. Par décision du 7 août 1998, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a informé l'assuré que le degré d'invalidité de 25% ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.
10. Mandaté par le Tribunal administratif dans le cadre d'une procédure opposant l'assuré à la caisse-maladie suisse pour les industries du bois et du bâtiment et branches annexes, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport d'expertise le 26 novembre 1997. Selon lui, l'assuré souffre de lombalgies communes, devenues chroniques depuis 1995, qui peuvent être mises en relation avec des lésions du type dégénératif (arthrose) prédominant entre les vertèbres L5 et S1 à gauche, mais également objectivées au niveau des vertèbres L3-L4 (hernie discale probable) et L4-L5, et au niveau des articulations sacro-iliaques. Le syndrome douloureux est aussi dû à des contractures musculaires paravertébrales lombaires et au niveau de la fesse gauche qui sont directement liées au syndrome lombalgique. Il n'y a aucun signe d'irritation neurologique au niveau des racines et des racines des nerfs sciatiques. L'assuré souffre également modérément des deux genoux en relation avec une chondropathie fémoro-patellaire qui entre également dans le cadre de la maladie arthrosique.
11. Saisie d'un recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'OCAI, la commission cantonale de recours AVS-AI, alors compétente, a, dans un jugement du 20 septembre 2000, rejeté le recours. Elle a toutefois considéré que le degré d'invalidité ascendait en réalité à 30,78%. L'attention de l'assuré était expressément attirée sur le fait qu'il lui appartiendrait de reprendre contact avec l'OCAI, afin que ce dernier puisse l'aider dans ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé.
12. Le 14 août 2001, la division de réadaptation professionnelle, constatant que l'assuré ne s'était pas manifesté depuis le 25 mai 1999, a classé le mandat de placement.
13. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 6 avril 2004.

-
14. Le Dr D_____ a indiqué, dans un rapport du 20 avril 2004, que son patient souffrait d'une hernie discale L3-L4 à gauche, d'une arthrose interapophysaire L4-L5, d'une discopathie sévère L4-L5, d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral et d'un état dépressif. Il considère qu'il est incapable de travailler à 100% depuis le 1^{er} mars 1995, quelle que soit l'activité envisagée.
 15. Dans un rapport du 17 mai 2004, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques depuis plusieurs années et d'épisodes dépressifs légers depuis 2002. Selon lui, l'activité exercée jusqu'ici de concierge est encore exigible à raison de trois à quatre heures par jour.
 16. L'assuré a travaillé depuis le 4 janvier 2002 comme employé d'entretien auprès de Y_____ S.A. 18 heures par semaine, puis 2 heures par semaine en raison d'un changement de chantier à partir du 4 mai 2004. Il a été licencié le 31 mars 2004 pour cause de rupture de contrat avec le client et a repris le 1^{er} mai 2004 pour un temps partiel de 2 heures par semaine.
 17. L'assuré a été examiné le 16 mai 2006 par les Dresses F_____, médecine physique et rééducation, et G_____, psychiatre, du Service médical régional AI (ci-après SMR). Un rapport a été établi le 16 août 2006. Il a été retenu à titre de diagnostics :
 - avec répercussion sur la capacité de travail : un syndrome lombaire dans le cadre de troubles statique et dégénératifs modérés à avancés avec petite hernie discale foraminale gauche L3-L4, une dysbalance musculaire et insuffisance posturale, un léger syndrome cervicovertébrale dans le cadre de troubles statique et dégénératifs modérés, une dysbalance musculaire, des gonalgies bilatérales dans le cadre d'une chondropathie rétro-patellaire droite II-III;
 - sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité, une gastrite chronique.

Les deux médecins ont constaté que par rapport à l'expertise de 1997, les plaintes de l'assuré étaient exactement les mêmes et que le status était superposable, à l'exception d'une péjoration au niveau lombaire et des douleurs à la palpation devenues plus diffuses. Ceci correspond à l'évolution vers une accentuation des lésions dégénératives lombaires, documentées radiologiquement depuis 2003. Ces atteintes objectives amènent à des limitations fonctionnelles claires, mais ne motivent en aucun cas une incapacité de travail totale. L'activité actuelle de nettoyeur est relativement légère, malgré le fait qu'elle comprend, de temps en temps, des positions vicieuses et elle est exigible à 50%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail n'est pas entière, en raison de l'association de plusieurs pathologies ostéo-articulaires. Il faut ainsi éviter une position statique prolongée debout, assis en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie ou agenouillée. L'assuré ne peut pas monter ou descendre à répétition les pentes, le port de charges est limité à 10kg occasionnellement. Il ne peut pas travailler à la

chaîne ou sur machines vibrantes et doit pouvoir changer de position selon ses besoins.

Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic et partant, aucune limitation, n'a été retenue. Les troubles dépressifs légers, diagnostiqués par le Dr E_____, ne sont plus actuellement présents. Ils peuvent être considérés comme des éléments accompagnateurs de l'interruption d'activité professionnelle de cette période. L'assuré ayant arrêté son suivi psychiatrique en septembre 2004 et ne prenant pas de médicaments antidépresseurs, les éléments dépressifs d'intensité légère doivent être considérés comme une atteinte non invalidante à la santé, qui, de toute façon, s'est résorbée depuis lors.

En conclusion, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employé d'entretien est de 50% et dans une activité adaptée, de 70% depuis mars 2003.

18. Dans une note du 15 novembre 2006, la Dresse H_____, du SMR, s'est déterminée, suite à l'examen bi-disciplinaire du 16 mai 2006. Elle constate que la situation n'est pas superposable en matière de capacité de travail exigible à celle qui prévalait lors du jugement de la commission cantonale de recours AVS-AI du 20 septembre 2000. En effet, l'assuré présente une aggravation de son état de santé qui diminue sa capacité de travail exigible depuis mars 2003 dans une activité adaptée et que l'exigibilité n'est plus que de 70%.
19. Interrogé par l'OCAI, Y_____ S.A. a confirmé que l'assuré travaillait à son service depuis le 4 janvier 2002 à raison de 21 heures par semaine, tout en précisant qu'il ne ferait plus partie du personnel à partir du 1^{er} septembre 2007.
20. Le service de la réadaptation professionnelle de l'AI a, à nouveau, procédé à la comparaison des gains et obtenu le degré d'invalidité de 31% (cf. rapport du 9 mai 2007).

Il s'est fondé sur un revenu avec invalidité de 40'081 fr. et sans invalidité de 57'984 fr., étant précisé qu'aucune déduction supplémentaire n'a été retenue, au motif qu'une déduction spécifique pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré a déjà été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail de 70%.

S'agissant de la prise en charge de mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement, il a considéré qu'elles n'étaient pas indiquées au motif que l'assuré ne disposant pas de certification, ces mesures ne seraient ni simples ni adéquates et ne respecteraient pas le principe de l'équivalence.

21. Le 2 juillet 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande de rente était rejetée et un mandat de placement ouvert.
22. Par décision du 7 septembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet.

23. L'assuré, représenté par l'association suisse des assurés (ci-après : l'ASSUAS), a interjeté recours le 10 octobre 2007 contre ladite décision. Il conclut à l'octroi d'une rente de 25%. Il allègue que ses douleurs lombalgiques et rhumatologiques n'ont pas été prises en considération et que "le degré d'exigibilité médical déterminé par le SMR a été arbitrairement sous-estimé".

24. Dans sa réponse du 5 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

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 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 septembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, 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).

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

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI et plus particulièrement, sur son degré d'invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).
7. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

8. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
9. En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).
10. La question litigieuse que le Tribunal de céans doit trancher consiste à savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, c'est-à-dire de déterminer si les atteintes subies par le recourant à sa santé physique et mentale doivent ou non être considérées comme invalidantes au sens de la LAI et donc ouvrir le droit aux prestations prévues par cette loi, notamment les mesures d'ordre professionnel (conclusion principale du recourant) ou la rente (conclusion subsidiaire du recourant).
11. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). Une maladie, un accident ou une infirmité congénitale peuvent provoquer une atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

12. En l'espèce, le Dr D_____ considère que son patient est totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité envisagée, ce depuis le 1^{er} mars 1995. Il y a à cet égard lieu de relever que le 20 septembre 2000, la commission cantonale de recours AVS-AI a rendu un jugement, entré en force, selon lequel l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations, et un degré d'invalidité de 31%, soit un degré insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit dès lors d'examiner les faits tels qu'ils se présentent depuis la décision de refus de prestations, confirmée par le jugement de la commission cantonale de recours AVS-AI

L'OCAI s'est fondé sur le rapport des Drs F_____ et G_____ du 16 août 2006 pour conclure à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employé d'entretien de 50% et dans une activité adaptée de 70% depuis mars 2003. L'état de santé de l'assuré s'est ainsi indéniablement aggravé, et sa capacité de travail s'en trouve diminuée.

Il convient à cet égard de relever que le rapport du 16 août 2006 remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont précisément décrit les atteintes à la santé dont souffrait l'assuré, quelles limitations elles entraînaient et ont expliqué en quoi il y avait eu aggravation. Leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'en écarter. L'assuré conteste les taux retenus par les médecins du SMR, lesquels sont, selon lui, sous-estimés.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de remettre en question les conclusions de ce rapport. Force est de constater que tel n'est pas le cas. En effet le Dr D_____ se borne à dire que son patient est incapable de travailler à 100% depuis mars 1995. Le Dr E_____ indique, tout comme les médecins du SMR du reste, que l'assuré peut travailler comme concierge à mi-temps, mais ne se détermine pas sur la capacité exigible dans une activité adaptée.

Les taux retenus par les Drs F_____ et G_____ doivent en conséquence être confirmés.

13. Reste à déterminer le degré d'invalidité.
14. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité.

Cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (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 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).

16. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI pour calculer le degré d'invalidité est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA.

Il n'a cependant tenu compte d'aucun abattement supplémentaire, considérant qu'une déduction spécifique pour tenir compte des limitations fonctionnelles de

l'assuré avait déjà été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail, et que ce facteur n'avait pas à être retenu une seconde fois pour procéder à la déduction du salaire statistique. Ce faisant toutefois, il a ignoré l'âge de l'assuré, ainsi que le fait que seul l'exercice d'une activité partielle lui est possible, tous éléments qu'il convient précisément de prendre en considération dans le cadre d'une réduction supplémentaire. Le Tribunal de céans considère dès lors qu'il se justifierait, au vu de la jurisprudence susmentionnée, de tenir compte d'un taux de 10%. Le degré d'invalidité obtenu ne dépasserait cependant pas 38%, degré restant insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

17. Ce degré de 38% permet en revanche la prise en charge éventuelle de mesures de réadaptation professionnelles (VSI 2000 p. 63).

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement, art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

Il faut entendre par reclassement au sens de l'art. 17 LAI l'ensemble des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, nécessaire et adéquate destinée à procurer de manière appropriée une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, aux assurés qui ne peuvent plus en raison d'une invalidité survenue ou imminente exercer leur métier ou leur activité lucrative antérieure ou accomplir leurs travaux habituels. L'exigence d'une équivalence approximative entre l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité et celle accomplie après une mesure de reclassement porte avant tout sur les perspectives de gain. Mais pour être certain que le revenu réalisé dans la nouvelle profession soit environ du même ordre à terme (carrière) que celui que procurerait l'activité initiale, il faut que les deux formations considérées présentent une valeur intrinsèque qui puisse soutenir la comparaison (RCC 1988 p. 494; VSI 1997 p. 84). L'exigence d'équivalence limite le droit au reclassement "vers le haut". Il n'appartient pas à l'AI de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'elle occupait auparavant (Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel N° 4001 et ss.).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si

elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

18. En l'espèce, l'OCAI n'a envisagé aucune mesure de réadaptation professionnelle en faveur de l'assuré, considérant qu'elle ne serait ni simple, ni adéquate et ne respecterait pas le principe de l'équivalence. Il s'avère en effet qu'il existe différents secteurs d'activité dans lesquels l'assuré serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, compte tenu de ses limitations. Il y a ainsi lieu d'admettre, avec l'intimé, qu'une mesure de réadaptation ne serait pas indiquée.
19. S'agissant en revanche du placement, il y a lieu de relever que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4^{ème} révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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.

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 1^{er} 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, 2^{ème} édition, ch. 153 et la note N° 210).

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]).

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

20. En conséquence, le recours sera rejeté.

**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