

EN FAIT

1. Monsieur José A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine espagnole et au bénéfice d'un permis C, a travaillé au service de l'entreprise X_____ SA depuis le 1^{er} février 1963 en qualité de déménageur.
2. En raison d'une rupture spontanée partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'assuré a été en arrêt de travail à 100% dès le 5 septembre 2002.
3. A la suite d'une arthro-IRM effectuée en février 2003 qui a révélé une déchirure du sus-épineux de l'épaule gauche, l'assuré a subi, le 27 juin 2003, une suture du sus-épineux et une acromioplastie.
4. Le 22 septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en vue de l'obtention d'une rente.
5. Dans un rapport du 13 novembre 2003 à l'attention de l'OCAI, le Dr L_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une rupture spontanée partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche opérée en septembre 2002, une spondylarthrose généralisée et des vertiges depuis quelques années. Il a admis une incapacité de travail totale depuis le 5 septembre 2002 dans l'activité de déménageur. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'il était peu probable que l'assuré puisse exercer une autre activité, que le patient n'avait récupéré que partiellement après l'opération de juin 2003 et qu'il convenait d'exclure toute activité physique. Il a fait état de diverses limitations fonctionnelles, à savoir la limitation des positions assise à 10 minutes par heure ainsi que debout à une heure par jour et de la marche à 300 mètres, l'impossibilité d'alterner les positions, d'incliner le buste, de s'accroupir et s'agenouiller, d'effectuer des mouvements des membres et du dos, d'utiliser les deux bras et mains, de lever ou porter des charges, de se baisser, de travailler en hauteur ou sur une échelle ainsi que se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.
6. Dans un rapport du 19 avril 2004 à l'attention de l'OCAI, le Dr M_____, chef de clinique du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs du sus-épineux à gauche depuis 1998 entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 5 septembre 2002. Il a précisé que le patient avait été opéré, le 27 juin 2003, pour suture du tendon du sus-épineux et acromioplastie. Il a fait état d'une évolution favorable avec une mobilité active/passive à gauche à 160° en élévation et de la disparition des douleurs nocturnes. Il a ajouté que le patient était en attente d'une rente d'invalidité pour des lombalgies.

7. Le 28 avril 2004, le Dr L_____ a indiqué que la reprise de travail n'était pas envisageable et que le patient était invalide à 100%.
8. Le 31 janvier 2005, l'OCAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr N_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue.
9. Dans son rapport du 18 mars 2005, à l'anamnèse, l'expert a exposé que l'assuré présentait depuis 1994 des accès aigus de vertiges accompagnés de tinnitus qui semblaient être attribués à une maladie de Ménière pour laquelle il avait été suivi pendant plusieurs années au service ORL des HUG, avec notamment, en 2000, une intervention chirurgicale au niveau de l'oreille droite sans bénéfice bien net et la pose à plusieurs reprises de drains trans-tympaniques. Il a ajouté que la fréquence des crises de vertiges semblait s'atténuer ces dernières années, puisqu'en 2004, le patient n'en avait subies qu'à deux reprises durant quatre ou cinq heures. Il a relevé que, sur le plan locomoteur, il existait deux problématiques qui grevaient la capacité de travail du patient, d'une part des douleurs aux deux épaules ayant débuté spontanément et progressivement en 1997-1998 à gauche, puis en 2000 à droite, d'autre part des rachialgies sans véritable lésion organique associée apparues progressivement depuis l'apparition des scapulalgies et provoquant des douleurs chroniques surtout entre les deux omoplates. Il a mentionné du côté gauche un status après acromioplastie et suture du sus-épineux et, du côté droit, une probable atteinte également de la coiffe des rotateurs. Il a décrit, d'une part des limitations importantes aux deux épaules, tant en termes d'amplitude articulaire que de capacité à effectuer des travaux de charge, d'autre part des limitations des stations immobiles prolongées, notamment la station assise, dues aux rachialgies. Il a conclu que l'assuré ne pouvait plus travailler au moins depuis septembre 2002 dans son activité antérieure en raison de l'atteinte sévère des deux épaules, tout particulièrement de la gauche, ainsi que des rachialgies et que, dans une activité adaptée, sa capacité de travail résiduelle lui semblait fort limitée. Il a estimé qu'une activité légère, n'impliquant pas de port de charges et autorisant des mobilisations fréquentes telles que le travail de bureau, était imaginable mais toutefois pas réalisable en raison des difficultés d'écriture et de lecture en français. Il a précisé qu'en théorie, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et qu'il convenait d'évaluer la capacité résiduelle de ce patient dans une activité légère permettant des changements de position assez fréquents, ne nécessitant pas de port de charges importantes, ce qui limitait l'éventail des possibilités.
10. Dans un avis du 9 mai 2005, le Dr O_____, médecin au SMR et anesthésiste, a estimé que les atteintes ostéo-articulaires ainsi que les douleurs justifiaient les limitations fonctionnelles qui étaient incompatibles avec la poursuite d'une activité lourde de déménageur. Il a considéré que, dans la mesure où l'expert n'avait mentionné aucune restriction médicale de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'exigibilité dans une telle activité était de 100%. Il a précisé que des mesures professionnelles étaient indiquées et que la faible formation scolaire,

l'absence de formation professionnelle et la mauvaise maîtrise du français étaient des facteurs dont l'assurance-invalidité n'avait pas à tenir compte.

11. Le 5 août 2005, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI un rapport radiologique du 16 juin 2005 mentionnant des signes radiologiques d'un « impingement syndrome » avec probable perforation de la coiffe à l'épaule droite, chez un patient présentant par ailleurs une tendinopathie légèrement calcifiante de celle-ci ainsi que des signes discrets d'une omarthrose.
12. Le 9 décembre 2005, l'assuré a communiqué à l'OCAI divers documents dont un rapport de la Consultation d'otoneurologie des HUG daté du 21 février 1995, selon lequel l'anamnèse d'un vertige d'une heure au moins et de vertiges brefs apparaissant par intermittence évoquait plutôt une maladie de Ménière qu'une cupulolithiase récidivante.
13. Du 30 janvier au 26 février 2006, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Dans leur rapport du 3 mars 2006, les maîtres de réadaptation ont estimé que les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères, en position assise ou debout, non statiques, sans sollicitations répétitives du membre supérieur gauche et sans surcharge des épaules. Ils ont considéré qu'il avait les aptitudes lui permettant de travailler dans le contrôle qualité en mécanique légère et en tant qu'employé de conditionnement léger mais que, pour obtenir des rendements exploitables, il avait besoin d'une période d'adaptation dans une activité à plein temps et dans le circuit économique normal. Ils ont ajouté que les chances de réussite d'une réinsertion étaient faibles dans la mesure où l'assuré pensait ne pas pouvoir travailler car il s'estimait très atteint dans sa santé et qu'il existait plusieurs éléments défavorisants, à savoir son faible niveau théorique qui permettait uniquement une réorientation dans un domaine pratique et un déconditionnement global. Ils ont proposé une période de réentraînement si l'assuré le demandait et y avait droit.
14. Dans un rapport du 2 mai 2006, le Dr L. _____ a indiqué que l'état de santé du patient s'était aggravé depuis un an avec une détérioration progressive. Il a exposé que, depuis quelques semaines, le patient ne pouvait pas rester assis ou debout longtemps et qu'il souffrait d'attaques de vertiges ainsi que de douleurs importantes du dos et des bras. Il a estimé que, suite aux déficiences sévères, aux douleurs et aux autres symptômes, le patient n'était pas capable de reprendre une activité même légère. Il a préconisé un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail par un chirurgien orthopédique ainsi que par un spécialiste ORL.
15. Dans une note du 25 juillet 2006, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de faits nouveaux depuis mai 2005, que les motifs évoqués ne modifiaient pas l'appréciation du stage COPAI et que son avis de 2005 restait inchangé.

16. Dans un rapport du 26 juillet 2006, la réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains en 2002, aux termes de laquelle le degré d'invalidité a été fixé à 20%. Elle a estimé que l'octroi d'un reclassement professionnel n'était pas indiqué et a proposé de faire bénéficier l'assuré d'une mesure d'aide au placement sur demande motivée de sa part.
17. Le 31 juillet 2006, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité que ce dernier a contesté en date du 28 août 2006, au motif que son état de santé s'était détérioré de façon progressive depuis un an ainsi que cela résultait du rapport du Dr L_____ daté du 2 mai 2006. Il a exposé que, dans ces circonstances, un stage en entreprise n'était pas envisageable et qu'une nouvelle expertise devait être ordonnée.
18. Par décision du 26 septembre 2006, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée et que ce dernier présentait un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour donner droit à une rente. Il a considéré que le Dr L_____ n'invoquait aucun fait nouveau susceptible de modifier l'appréciation de la capacité de travail, que le rapport d'expertise du Dr N_____ ne mentionnait aucune restriction médicale à la reprise d'une activité adaptée et que les maîtres de réadaptation faisaient état d'auto-limitations dont l'assurance-invalidité n'avait pas à tenir compte.
19. Par acte du 27 octobre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a souligné qu'il avait commencé à ressentir des douleurs au cours de la deuxième semaine du stage d'observation professionnelle et qu'il avait informé l'intimé de cette situation. Il a allégué que le Dr N_____ considérait la possibilité d'une mise en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle comme purement théorique ce qui signifiait qu'il n'était nullement catégorique. Il a fait état d'une aggravation progressive de son état de santé depuis une année ce qui était confirmé par le dernier rapport du Dr L_____. Il a contesté avoir présenté des autolimitations lors des mesures d'observation professionnelle. Il a précisé que, de sa propre initiative, il allait se soumettre à une expertise médicale auprès du Dr P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, avec qui il avait rendez-vous le 1^{er} novembre 2006. Il a sollicité l'apport à la procédure de cette expertise et a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à l'audition des Drs P_____, L_____ et N_____, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.
20. Dans sa réponse du 24 novembre 2006, l'OCAI a rectifié le calcul d'invalidité en précisant qu'il s'agissait de prendre en considération la situation en 2003 et de procéder à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité ce qui permettait de fixer le taux d'invalidité à 24%. Il a considéré que les arguments soulevés par le recourant ne lui permettaient pas de modifier son appréciation et a conclu au rejet du recours.

-
21. Le 11 décembre 2006, l'assuré a communiqué au Tribunal le rapport d'expertise du Dr P_____ établi le 2 novembre 2006. Selon ce médecin, le patient présentait une limitation très sévère des amplitudes articulaires de l'épaule gauche rendant tout exercice extrêmement long, fastidieux et douloureux. Il a indiqué avoir actualisé les données radiologiques en procédant, le 6 novembre 2006, à une échographie des épaules ayant montré la présence d'un conflit antéro-supérieur bilatéral avec à droite une rupture du tendon du sus-épineux accompagnée d'une bursite sous-acromiale, un amincissement important du tendon du sus-épineux gauche, une tendinopathie sévère ainsi qu'une bursite sous-acromiale. Le 6 novembre 2006, il a également effectué des radiographies des colonnes cervicale et lombaire qui ont mis en évidence une inversion des courbures au niveau C5-C6 avec une discopathie débutante ainsi qu'une discopathie débutante en L4-L5 avec pincement postérieur de l'interligne. Les radiographies des épaules pratiquées le 7 novembre 2006 ont révélé, d'une part à gauche, une importante ostéophytose sous-acromiale très protubérante diminuant notablement l'espace sous-acromial et une sclérose du trochiter, d'autre part à droite, un acromion type II de Bigliani avec sclérose du trochiter. Le Dr P_____ a diagnostiqué un status après rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche opérée en juin 2003 avec réaction ostéophyttaire sous-acromiale très importante occasionnant un conflit sévère, des douleurs résiduelles au niveau de l'épaule gauche, une épaule gelée à gauche, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sus-épineux avec signes de conflit chronique), une épaule gelée à droite ainsi que des signes dégénératifs modérés au niveau de la colonne cervicale et lombaire. Il a conclu que l'activité de déménageur était définitivement impossible et que même dans une activité légère comprenant des mouvements répétitifs ou des ports de charge, le patient était totalement incapable de travailler à plein temps, tant la fatigabilité et les douleurs apparaissaient rapidement. Dans les activités éventuellement possibles, il a envisagé l'exercice d'une activité de gardien de nuit ou de gardien d'exposition, tâches dans lesquelles il n'était pas nécessaire d'utiliser les membres supérieurs et qui pourraient éventuellement être exercées à temps partiel, ce en raison de la persistance des douleurs tout au long de la journée.
22. Dans sa réplique du 27 décembre 2006, le recourant a reproché au rapport du Dr N_____ d'être lacunaire au motif qu'il n'avait pas procédé à une IRM qui aurait permis de poser un diagnostic exact pour l'épaule droite, alors que le Dr P_____, dans son rapport d'expertise, avait notamment posé un diagnostic relatif à l'épaule droite et avait conclu à l'absence d'exigibilité à plein temps d'une activité lucrative adaptée. Il a persisté dans ses conclusions antérieures.
23. Dans son écriture du 16 février 2007, l'intimé a produit un avis établi le 12 février 2007 par le Dr Q_____, médecin du SMR et spécialiste en médecine interne, selon lequel après instruction médicale et comparaison du contenu des rapports des Drs P_____ et N_____, il concluait à l'absence de fait nouveau depuis le rapport d'examen SMR du 19 mai 2005. En conséquence, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
-

-
24. Le 3 octobre 2007, le Tribunal a procédé à l'audition des Drs N_____ et P_____, de Monsieur B_____, directeur du COPAI, ainsi qu'à une comparution personnelle des parties.

Le Dr N_____ a précisé que, lors de son examen, l'épaule gauche de l'assuré n'était pas « gelée », c'est-à-dire qu'il pouvait encore la mobiliser. Il a expliqué que le terme « épaule gelée » signifiait qu'elle ne bougeait plus, que ce soit en mobilité active ou passive. Il a estimé possible que certains confrères puissent utiliser le terme « d'épaule gelée » en lieu et place d'une capsulite rétractile. Il a affirmé qu'à l'épaule gauche, il avait mesuré des amplitudes articulaires identiques lors des mouvements actifs et passifs ce qui parlait en faveur d'une capsulite rétractile qui, dans sa forme la plus sévère, aboutissait à une épaule gelée. Il a exposé que l'épaule droite était également douloureuse, mais moins limitée que la gauche, et qu'il avait testé les tendons, en contre-résistance, qui étaient tous douloureux aussi bien à l'épaule gauche que droite. Il a déclaré que, dans l'appréciation du cas, il avait conclu à une probable atteinte de la coiffe des rotateurs du côté droit en se basant uniquement sur les signes cliniques puisqu'il n'y avait pas eu d'imagerie de l'épaule. Il a admis qu'il n'avait pas tenu compte de la maladie de Ménière dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Au sujet des constatations du Dr P_____ quant à l'amplitude de l'élévation des épaules évaluée à 80° à droite et 30° à gauche en mobilité active, il a considéré qu'il s'agissait de valeurs nettement moindres que lors de son examen. Quant aux mobilités passives relevées par le Dr P_____, 160° à droite et 130° à gauche, il a rappelé qu'en général, lorsqu'il y avait une capsulite rétractile, les amplitudes étaient les mêmes en mobilité active que passive mais que, lorsqu'il y avait une tendinite, les amplitudes pouvaient être plus élevées en mobilité passive. Il a confirmé que les constatations faites par le Dr P_____ en novembre 2006, à savoir des épaules gauche et droite « gelées » pouvaient tout à fait confirmer une aggravation de l'état de santé. Il a estimé que la différence d'amplitude de la mobilisation de l'épaule gauche, constatée par le Dr P_____ un an et demi après son examen, pouvait s'expliquer par le fait que, lors de son examen, la capsulite rétractile limitait principalement la mobilisation de l'épaule gauche en manipulation passive ainsi qu'active, et que, lors de l'examen du Dr P_____, puisque la mobilité passive était meilleure alors que la mobilité active était moins bonne, il était possible que la capsulite fût moins présente et les douleurs de l'épaule plus importantes. Il a ajouté n'avoir pas jugé utile de faire pratiquer une IRM de l'épaule droite, dès lors que les problèmes présentés par l'assuré à l'épaule gauche étaient suffisants pour justifier l'incapacité de travail dans son activité habituelle de démenageur. Il a signalé qu'une IRM aurait permis de préciser le diagnostic tout en relevant que le seul examen clinique permettait d'évaluer les limitations fonctionnelles. Il a admis avoir fait mention, en théorie, d'une capacité résiduelle de travail ce qui signifiait que la capacité de travail n'existait pas dans toute activité, mais dans un certain nombre d'activités à déterminer. Il a indiqué que l'assuré avait encore un potentiel, mais

qu'au vu de ses limitations, il était difficile de dire exactement quelle activité il pouvait accomplir, raison pour laquelle il avait préconisé une observation professionnelle dans les ateliers spécialisés.

Quant au Dr P_____, il a confirmé que, lors de son examen, l'assuré présentait une « épaule gauche gelée », à savoir une épaule fortement limitée dans ses amplitudes, tant en actif qu'en passif. Il a précisé qu'une « épaule gelée » était un diagnostic clinique qui signifiait simplement que l'épaule ne bougeait plus normalement. Il a exposé qu'une capsulite rétractile était une épaule gelée démontrée par un arthroscanner ou une arthro-IRM, soit des examens invasifs qu'il n'avait pas pratiqués en raison de l'absence d'indication chirurgicale. Il a déclaré que la rectitude cervicale anormale démontrée par les radiographies signifiait que l'assuré prenait une mauvaise position parce qu'il était tendu et avait probablement mal. Il a estimé que, dans une activité adaptée, telle qu'huissier ou gardien de musée, la capacité de travail résiduelle de l'assuré serait de 50% et que, par moments, les douleurs limitaient la concentration et le rendaient fatigable.

Monsieur C_____ a, pour sa part, confirmé que les activités de contrôle de qualité en mécanique légère ou d'employé de conditionnement léger déterminées dans le cas de l'assuré n'étaient pas des activités lourdes. Il a considéré que, dans une activité de ce type, après une période d'adaptation, soit de réentraînement à l'effort qui normalement ne devrait pas durer plus de trois mois, la capacité de travail était totale et le rendement pouvait alors être proche de la normale. Il a relevé que l'assuré se considérait comme une personne handicapée avec une capacité de travail très réduite. Il a expliqué que ce type de limitation devait pouvoir diminuer, voire tomber après une période de resocialisation au motif que le fait d'être replongé dans le milieu du travail huit heures par jour avec des collègues de travail permettait normalement de surmonter cet a priori de façon à obtenir une capacité de travail et un rendement quasi complet.

Lors de son audition, le recourant a soutenu que son problème de l'épaule et du bras droits s'était aggravé, tant au niveau de la douleur que de la mobilité. Au sujet des troubles de la colonne lombaire et cervicale, il a déclaré qu'ils survenaient par période ou lors d'efforts. Quant à la maladie de Ménière pour laquelle il est soigné par son médecin traitant, il a exposé que les crises survenaient de manière imprévisible et qu'il avait eu quatre crises cette année, lors desquelles il tombait. Il a précisé que les crises pouvaient durer de une heure trente à cinq heures et que lorsqu'il sentait venir la crise, il prenait des médicaments qui atténuaient ses effets.

Sur quoi, le Tribunal a accordé un délai aux parties pour se déterminer après enquêtes.

25. Dans son écriture du 25 octobre 2007, l'intimé a soutenu que, selon le rapport du SMR du 17 octobre 2007, les procès-verbaux ne permettaient pas de conclure à une

aggravation objective de l'état de santé du recourant. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. Il a produit ledit rapport de la Dresse R_____, spécialiste en médecine interne, qui a relevé que le Dr P_____ n'expliquait pas pourquoi il retenait seulement une capacité de travail résiduelle de 50% alors que, selon les limitations fonctionnelles constatées aux épaules, à savoir une absence de mouvements au-dessus de l'horizontale, une capacité de travail entière pouvait être reconnue. La Dresse R_____ s'est étonnée que l'OCAI n'ait proposé à l'assuré qu'une aide au placement alors que le COPAI préconisait des mesures de réentraînement au travail qui auraient permis à l'assuré de reprendre une activité lucrative. Elle a constaté l'existence d'une divergence de diagnostic entre les deux experts ainsi qu'une discordance entre les mesures des mouvements actifs et passifs qui faisait penser à une exagération des symptômes même en retenant un diagnostic de tendinite à l'épaule gauche. Elle a ajouté que, même s'il existait une légère aggravation de l'état de santé au niveau des épaules, elle n'avait pas d'incidence sur les limitations fonctionnelles qui restaient identiques.

26. Dans son écriture du 31 octobre 2007, le recourant a reproché au Dr N_____ de ne pas avoir effectué une IRM de son épaule droite ce qui aurait permis d'apprécier l'influence du diagnostic posé sur une éventuelle réadaptation professionnelle. Il a allégué que, selon les explications données par le Dr N_____ en audience, la capsulite rétractile avait évolué dans sa forme la plus sévère et que son état de santé s'était aggravé entre les deux expertises. Il a rappelé que le Dr P_____ avait mesuré des amplitudes de l'élévation des épaules inférieures à celles relevées par le Dr N_____ ce qui confirmait l'existence d'une aggravation. Il a également allégué que la maladie de Ménière que l'intimé n'avait pas prise en considération dans son évaluation avait une incidence sur sa capacité résiduelle de travail. Il a fait état d'une contradiction entre les déclarations du témoin B_____ et celles du Dr P_____ en tant que le premier considérait que seule une activité manuelle pratique était envisageable alors que le second estimait qu'il ne pouvait plus exercer une activité manuelle.
27. Le 1^{er} novembre 2007, le Tribunal a communiqué ces écritures aux parties et a gardé la cause 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 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la novelle, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2003 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et l'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 26 septembre 2006 a été reçue par le recourant le 29 septembre 2006 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le samedi 28 octobre 2006, respectivement le lundi 30 octobre 2006 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 27 octobre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et en particulier sur le degré de son 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

6. 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).

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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 consid. 4.1, 2001 IV n° 10 p. 27; ATFA non publié du 11 janvier 2007, I 778/05, consid. 6.1).

7. Le recourant soutient implicitement que l'expertise du Dr N_____ n'a pas de valeur probante au motif qu'elle est lacunaire puisque ce médecin n'a pas procédé à une IRM de son épaule droite qui aurait permis de poser un diagnostic précis. De plus, il allègue que son état de santé s'est aggravé depuis l'expertise du Dr N_____ et que, dans la mesure où seule une activité manuelle peut être exigée de sa part alors que les médecins estiment qu'il ne peut plus exercer de travail manuel, il a droit à une rente entière d'invalidité. Pour sa part, l'intimé considère sur la base de l'expertise du Dr N_____, qui a pleine valeur probante à ses yeux, que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée, alors que l'expertise du Dr P_____ n'apporte aucun nouvel élément et n'établit aucune aggravation de l'état de santé.

Dans son rapport du 18 mars 2005, après avoir procédé à une anamnèse qui lui a permis notamment de constater l'existence d'une maladie de Ménière qui n'était pas documentée dans le dossier de l'OCAI, le Dr N_____ a rapporté les plaintes du patient sur le plan locomoteur, à savoir d'une part, des douleurs et des limitations fonctionnelles aux deux épaules mais moins marquées à droite, d'autre part, des rachialgies cervico-dorsales et, dans une moindre mesure, lombaires, enfin des épisodes occasionnels de vertiges accompagnés de nausées, vomissements et acouphènes. Puis, il a pratiqué un examen clinique qui a mis en évidence des contractures musculaires sur toute la hauteur du rachis et, aux épaules, une abduction de 160° à droite et 90° à gauche ainsi qu'une antépulsion de 140° à droite et de 90° à gauche. Il a diagnostiqué, à l'épaule gauche, un status après acromioplastie et suture du sus-épineux, à l'épaule droite, une probable atteinte de la coiffe des rotateurs. Il a précisé que le résultat de l'opération de l'épaule gauche en juin 2003 avait été médiocre puisque le patient présentait de vives douleurs et une importante limitation fonctionnelle qui contre-indiquaient de façon évidente une activité de manutention lourde qu'il avait exercée durant toute sa vie professionnelle. Il a estimé peu probable que la situation puisse s'améliorer dans les mois à venir. Sur le plan des limitations fonctionnelles, il a expliqué que l'assuré présentait des limitations importantes, d'une part de ses deux épaules tant en termes d'amplitudes articulaires que de capacité à effectuer des travaux de charge, d'autre part de ses situations immobiles prolongées, notamment assises, dues à ses rachialgies. Il a conclu à une capacité de travail résiduelle nulle dans l'activité de déménageur et très limitée dans une activité légère sans port de charges

importantes, autorisant des mobilisations fréquentes en raison de l'atteinte sévère des deux épaules, tout particulièrement de la gauche, et des rachialgies. Il a proposé la mise en œuvre d'un stage en atelier afin de déterminer quel type d'activité l'assuré pourrait encore exercer.

Etant donné que les conclusions du Dr N_____ relatives à la capacité de travail résiduelle pouvaient prêter à interprétation, le Tribunal de céans a procédé à son audition qui a permis de préciser que, dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges, sans mouvement au-delà de l'horizontale et en évitant les positions statiques prolongées, la capacité de travail résiduelle était entière par exemple dans une activité de surveillance ou de gardiennage.

A la suite de ces précisions, il faut admettre que la description et l'appréciation des interférences médicales faites par l'expert sont suffisamment claires pour apprécier la situation du recourant. Le Dr N_____ 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, notamment en expliquant pourquoi, au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, il considère que la capacité résiduelle de travail est entière dans une activité adaptée. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, contrairement au médecin traitant et au Dr P_____ (cf. ci-dessous, considérant 8), il a relativisé les plaintes et les douleurs décrites en fondant son appréciation de la capacité résiduelle de travail sur le résultat des examens qu'il a effectués et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'évaluation (cf. ATFA du 12 juillet 2005, I 366/05).

Au demeurant, son appréciation est confirmée et complétée par les observations des maîtres de réadaptation professionnelle qui, dans leur rapport du 23 mars 2006, estiment que le recourant a les capacités physiques pour exercer des activités légères assises ou debout, non statiques, sans sollicitations répétitives du membre supérieur gauche et sans surcharge des épaules, du type contrôle de la qualité dans la mécanique légère ou employé de conditionnement léger. Ils précisent que les conséquences des limitations fonctionnelles entraînent une diminution de rendement qui restera cependant proche de la normale et que le rendement devrait devenir exploitable au terme d'une période d'adaptation, dans une activité à plein temps exercée dans le circuit économique normal.

Le recourant reproche au Dr N_____ de ne pas avoir procédé à une IRM de l'épaule droite qui lui aurait permis de poser un diagnostic précis permettant de mieux apprécier sa capacité résiduelle de travail. Contrairement à ce que prétend le recourant, on ne voit pas en quoi le diagnostic d'atteinte de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite plutôt que de rupture de ladite coiffe a une quelconque incidence sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. En effet, dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité, le débat médical relatif à la

dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire car seules les limitations fonctionnelles décrites par l'expert sont déterminantes. On rappellera qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 131 V 50 consid. 1.2, 130 V 353 consid. 2.2.3; ATFA non publié du 13 mars 2006, I 134/05, consid. 3.2.1.3).

Quant à la prétendue contradiction entre les conclusions du COMAI et celles du Dr P_____, elle est inexistante. En effet, lorsque les maîtres de réadaptation professionnelle utilisent le terme d'activité manuelle, c'est en opposition à « activité intellectuelle » et non pas à activité physique puisque, d'une part, ils précisent que les capacités d'adaptation et d'apprentissage du recourant sont compatibles avec un emploi pratique et simple, d'autre part, ils concluent à des capacités physiques compatibles avec des activités légères. En revanche, lorsque le Dr P_____ emploie le terme d'activité manuelle, il pense à une activité physique puisqu'il fait référence à l'activité de déménageur et aux limitations consistant, notamment, en l'absence de port de lourdes charges.

En définitive, aucun des allégués du recourant ne permet de douter de la valeur probante du rapport du Dr N_____ et de son appréciation d'une capacité résiduelle raisonnablement exigible entière dans une activité adaptée de sorte qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

8. Il convient d'examiner si le rapport du Dr P_____ a une valeur probante et s'il établit l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

Après avoir procédé à une anamnèse, le Dr P_____ a mentionné les plaintes du recourant, à savoir, d'une part, des douleurs permanentes aux deux épaules survenant la nuit ainsi que le jour et nécessitant la prise quotidienne de Ponstan, d'autre part, une limitation très sévère des amplitudes articulaires de l'épaule gauche rendant tout exercice extrêmement long, fastidieux et douloureux. Puis, il a procédé à un examen clinique qui a révélé, d'une part une mobilité active de 80° à droite et de 30° à gauche en élévation, de 80° à droite et de 40° à gauche en abduction, d'autre part une mobilité passive de 160° à droite et de 130° à gauche en élévation, de 160° à droite et de 130° à gauche en abduction. Il a également actualisé le dossier radiologique en procédant à divers nouveaux examens qui ont montré, d'une part à l'épaule gauche, une importante ostéophytose sous acromiale et une sclérose du trochiter, un amincissement important du tendon du sus-épineux, une tendinopathie sévère et une bursite sous-acromiale, d'autre part à l'épaule droite, un acromion de type II, une sclérose du trochiter, une rupture du tendon du sus-épineux avec bursite sous acromiale, enfin au rachis, des discopathies débutantes en C5-C6 et L4-L5 ainsi qu'une inversion des courbures au niveau C5-C6. Il a diagnostiqué un status après rupture de coiffe des rotateurs de l'épaule

gauche opérée en juin 2003 avec réaction ostéophytaire sous-acromiale très importante occasionnant un conflit sévère, des douleurs résiduelles au niveau de l'épaule gauche, une épaule gelée à gauche, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sus-épineux avec signes de conflit chronique), une épaule gelée à droite ainsi que des signes dégénératifs modérés au niveau de la colonne cervicale et lombaire. Il a précisé que les mobilités actives des épaules étaient extrêmement restreintes et que la force était pour ainsi dire nulle puisqu'elle ne suffisait même pas à soulever les bras au-dessus de l'horizontale. Il a relevé que, sur le plan cervico-lombaire, la symptomatologie était assez impressionnante alors que la radiologie montrait peu d'atteinte dégénérative et pas de pincement discal au niveau lombaire ainsi qu'une raideur au niveau cervical. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de déménageur et à une incapacité à travailler à plein temps dans une activité légère en raison de l'apparition rapide de fatigabilité ainsi que de douleurs. Il a considéré qu'une activité possible était celle de gardien de musée ou d'exposition à temps partiel.

Etant donné que, dans son rapport, le Dr P _____ n'a pas décrit les limitations fonctionnelles, le Tribunal a procédé à son audition lors de laquelle il a précisé que l'assuré ne pouvait pas porter de lourdes charges, ni effectuer des mouvements répétitifs et qu'il devait plutôt alterner les positions. Il a ajouté que, dans une activité adaptée telle celle d'huissier ou de gardien de musée, sa capacité résiduelle était de 50%. Il a également expliqué que, dès qu'une épaule présentait des défauts d'amplitude, il parlait « d'épaule gelée ».

Dans son rapport, le Dr P _____ retient un diagnostic à l'épaule gauche de douleurs résiduelles qui ne constitue toutefois pas à proprement parler un diagnostic mais un état. Par ailleurs, il n'explique pas si ces douleurs relèvent du conflit sévère de l'épaule gauche et si l'intensité ainsi que la permanence de celles-ci sont entièrement explicables par les signes objectifs. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). De plus, le Dr P _____ retient les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr N _____ mais considère que la capacité résiduelle de travail est de 50 % en raison des douleurs et de la fatigabilité. Par conséquent, il procède à une autre appréciation que le premier expert en tenant compte surtout des plaintes du patient et de la façon dont il ressent lui-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique ce qui est insuffisant pour justifier une incapacité de travail (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). Il est notamment frappant que le Dr P _____ relève une incohérence entre les plaintes du recourant et les signes objectifs sur le plan vertébral sans en tirer de conséquence et, surtout, sans examiner si une telle amplification des plaintes est également présente concernant les épaules. Par conséquent, faute d'avoir porté un regard critique sur les plaintes du recourant, ses

conclusions sur la capacité de travail résiduelle ne sont pas pertinentes et, partant, n'ont pas de valeur probante.

En revanche, l'actualisation des données radiographiques par le Dr P_____ permet d'admettre une aggravation de l'état de l'épaule gauche depuis l'expertise du Dr N_____. Toutefois, étant donné que le Dr P_____ a constaté les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr N_____, il convient d'en déduire que cette aggravation n'a pas d'incidence sur la capacité résiduelle de travail du recourant qui, de surcroît, est droitier ce qui confirme cette conséquence. De plus, le stage d'observation professionnelle qui a eu lieu du 30 janvier au 26 février 2006, soit postérieurement à l'aggravation signalée depuis mai 2005 par le Dr L_____ dans son rapport du 2 mai 2006, confirme une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée et, par conséquent, l'absence d'incidence de l'aggravation de l'état de santé du recourant sur sa capacité de gain.

Le recourant reproche encore à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de sa maladie de Ménière dans son appréciation de la capacité résiduelle de travail. Or, ainsi qu'il l'admet lui-même, ces troubles provoquent des crises environ quatre fois par année à raison d'une heure trente à cinq heures par crise et sont atténués par la prise de médicaments. Par conséquent, on ne voit pas en quoi leur caractère épisodique aurait une incidence sur sa capacité résiduelle de travail étant précisé que cette maladie provoque tout au plus une incapacité de travail annuelle de deux jours et que de nombreuses personnes en souffrant ont une pleine capacité de travail. Preuve en est le fait que cette maladie s'est également manifestée durant le stage d'observation professionnelle et que les maîtres de réadaptation ont néanmoins considéré que la capacité résiduelle de travail du recourant était entière. Le rapport contraire du Dr L_____ daté du 2 mai 2006 ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion dès lors qu'il n'est pas motivé sur cette question.

Par conséquent, rien au dossier ne permet de constater que la capacité résiduelle de travail du recourant n'est pas entière dans une activité adaptée.

9. Il reste à procéder au calcul du taux d'invalidité du recourant.

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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

En règle générale, le revenu hypothétique 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, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles; par exemple lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, il rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une aggravation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662 consid. 3a) ou percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (sur la question, voir ATFA non publié du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

10. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2003 puisque l'incapacité de travail est attestée depuis le 5 septembre 2002 et que la demande de prestations date du 22 septembre 2003.

Le revenu sans invalidité de 68'400 fr. retenu par l'intimé correspond aux chiffres donnés par l'ancien employeur, le 3 octobre 2003, et n'est pas contesté par le recourant.

Pour ce qui est du revenu d'invalidé, le recourant n'ayant repris aucune activité lucrative, il convient de se référer aux données de l'ESS. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger, sans mouvement au-delà de l'horizontale et favorisant l'alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2002, TA1, p. 53, niveau de qualification 4). On peut à cet égard citer par exemple des tâches simples de vérification (voir notamment ATFA non publiés du 30 novembre 2006, I 805/05, consid. 5.3, du 2 février 2005, I 394/04, consid. 3.2, du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.3 et les références). Ce salaire s'élève en 2002 à 54'684 fr. (4'557 x 12) part au 13^{ème} salaire comprise et il convient de l'adapter à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 qui est de 1.3% pour les hommes (OFS, évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2006) ce qui porte ce revenu à 55'394 fr. 90 (54'684 + 710.90). De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit être adapté à l'horaire de travail en 2003 qui est de 41.7 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises), soit à 57'749 fr. 20 (55'394.90 x 41.7 : 40).

Au sujet du rendement du recourant dans une activité adaptée, le Dr N _____ ne s'est pas prononcé sur cette question ce qui permet de penser qu'il le considérait comme entier. Quant aux maîtres de réadaptation, ils ont estimé qu'après une période de réadaptation au travail de trois mois, le rendement pouvait être proche de la normale. Autrement dit, ils considèrent qu'il est proche du maximum. Quoi qu'il en soit, une déduction globale de 25% sur le revenu statistique prend suffisamment en considération une éventuelle diminution de rendement en raison de l'usage limité que l'assuré peut faire de son bras gauche (ATFA non publié du 11 janvier 2007, I 778/05, consid. 6.3.1 ; pour comparaison avec d'autres cas dans lesquels l'assuré subissait une limitation importante de l'usage d'un bras : ATFA non publiés du 2 février 2005 [I 394/04], du 7 juin 2005 [I 766/04], du 16 décembre 2004 [U 197/03] et du 26 mars 2003 [U 192/02]; voir cependant arrêt F. du 30 juillet 2003 [I 245/03]). Même en procédant à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidé ce dernier s'élève à 43'312 fr. (57'749.20 - 25 %) de sorte que le taux d'invalidité est de 37% (68'400 - 43'312 : 68'400) ce qui est insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Quant aux mesures de réadaptation, elles n'apparaissent pas indiquées dès lors que le recourant s'estime incapable de travailler. Il lui appartient, le cas échéant, de déposer une demande d'aide au placement.

11. Le recourant requiert, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

12. Mal fondé, le recours sera rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

**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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le