

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3947/2008

ATAS/110/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 2 février 2010**

En la cause

Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par Me  
GILLIOZ François

recourant

contre

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

intimé

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

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur C \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né en octobre 1949, est arrivé en Suisse en 1983. Il y a exercé l'activité de bagagiste à l'hôtel X \_\_\_\_\_.
2. En date du 10 octobre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. Dans ce cadre, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a réuni différentes attestations médicales.
3. Dans un rapport du 12 janvier 2006, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en otorhinolaryngologie et médecin traitant, a indiqué que l'assuré avait subi du 14 février au 23 mars 2005, une association de radiothérapie et chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde du larynx (stade T3N). L'incapacité était totale depuis décembre 2004 et l'état stationnaire.
4. Dans un rapport du 18 août 2006, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stable depuis janvier 2006 sans amélioration. Il y avait une dysphonie sévère ainsi qu'une dyspnée haute d'effort importante. L'incapacité de travail restait totale pour toute activité.
5. Dans un avis du 28 septembre 2006, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a relevé que l'on comprenait difficilement que les limitations fonctionnelles puissent empêcher la reprise de toute activité.
6. En date du 11 janvier 2007, l'assuré a été soumis à un examen conduit par le Dr M \_\_\_\_\_ du SMR. Ce médecin a formulé les remarques suivantes : "L'examen clinique de ce jour est plutôt rassurant. Nous sommes en présence d'un assuré de bonne présentation, collaborant, volontiers disert, se déplaçant de façon fluide et alerte dans les locaux. Il y a des signes d'une radio-mucite pharyngolaryngée se manifestant par une dysphonie, une xérostomie, une dysphagie occasionnelle et une dyspnée à l'effort. On note également la présence de deux hernies inguinales, prédominant à gauche, avec quelques épisodes douloureux à l'effort". L'asthénie post-radique était la principale limitation fonctionnelle. Venait ensuite la dysphonie qui limitait les contacts verbaux. La présence de hernies inguinales limitait également les efforts en valsalva de plus de 5 kilos. Une activité légère, essentiellement sédentaire, sans port de charges de plus de 5 kilos, n'imposant pas d'échanges verbaux soutenus, restait exigible à temps partiel. L'asthénie était certes réelle, mais ne justifiait pas une incapacité de travail totale. On pouvait admettre à ce titre une diminution de rendement de l'ordre de 30 %. Ce taux était exigible dès le 1er janvier 2006, soit à un peu plus de 6 mois après la fin du traitement.

7. Dans un rapport au SMR du 13 mars 2007, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en raison d'une hernie ombilicale incarcerated, opérée le jour même en urgence. Des hernies inguinales bilatérales seraient opérées dans un deuxième temps. Ces différents problèmes, une fois traités, ne devraient pas avoir une incidence majeure à long terme sur la capacité de travail.
8. Dans un avis du 2 juillet 2007, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles déjà précisées ne s'étaient pas modifiées.
9. Dans un avis du 3 décembre 2007, le Dr O\_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'il n'y avait pas de raison qui justifiait de s'écarter des conclusions antérieures du Dr M\_\_\_\_\_.
10. Dans un projet de décision du 7 décembre 2007, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2005 au 31 mars 2006. Dès cette date, le taux d'invalidité de 21 % n'ouvrait plus droit à une rente. Ce taux découlait d'une comparaison des revenus avant invalidité de 51'051 fr. et après invalidité de 40'426 fr.
11. Par courrier du 8 janvier 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, faisant valoir que les faits avaient été constatés de manière erronée.
12. En date du 9 janvier 2008, l'assuré a été reçu à l'OAI. Il a contesté le projet de décision, indiquant qu'il ne pouvait pas travailler en raison d'une importante fatigabilité.
13. Par décision du 21 février 2006, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 mars 2006.
14. Par courrier du 20 mars 2008, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, contestant pouvoir travailler et sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée. Il a produit un CT cervical du 22 janvier 2008 faisant état notamment d'une sténose prédominant sur le canal radiculaire à gauche en C5-C6 sur uncarthrose.
15. Ensuite des nouvelles pièces médicales produites, l'OAI a, par décision du 30 avril 2008, annulé sa décision précédente en vue d'investiguer l'état de santé de l'assuré.
16. Par arrêt du 13 mai 2008, le Tribunal de céans a constaté que le recours était devenu sans objet suite à la nouvelle décision de l'OAI.
17. Par décision du 21 mai 2008, l'Office cantonal de l'emploi a constaté l'aptitude au placement de l'assuré pour une activité à hauteur de 50% depuis le premier jour contrôlé, soit depuis le 17 décembre 2007. Cette décision précisait que l'assuré avait

présenté un certificat d'arrêt total de travail depuis le 15 janvier 2008 et un nouveau certificat attestant d'une capacité de travail de 50 % dès le 4 mars 2008.

18. Dans un rapport du 19 juin 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une pharyngolaryngite post-radiothérapeutique et une hypothyroïdie post-radiothérapeutique. Il a précisé que l'état de santé était resté stationnaire, l'incapacité était totale depuis décembre 2004.
19. Dans un rapport du 4 juillet 2008, le Dr P\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche sur troubles dégénératifs du rachis. Sur le plan rhumatologique, les cervico-brachialgies ne nécessitaient pour l'instant pas de prise en charge particulière. Il n'avait pas prescrit à ce jour de certificat d'incapacité de travail, mais ce problème était à intégrer dans le contexte médical global du patient.
20. Dans un avis du 13 août 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR, a relevé que le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau. En ce qui concernait le rachis cervical, le scanner cervical du 22 janvier 2008 ne mettait en évidence que des anomalies banales pour l'âge. En conclusion, il n'y avait aucun élément médical nouveau.
21. Par projet de décision du 21 août 2008, l'OAI a maintenu l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2005 au 31 mars 2006.
22. Par courrier du 24 septembre 2008, l'assuré a contesté ce projet de décision, faisant valoir que son problème pulmonaire s'était aggravé et qu'il avait été constaté des nodules au niveau de l'apex pulmonaire droit.
23. Par décision du 7 octobre 2008, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2005 au 31 mars 2006, rappelant que le degré d'invalidité de 21% découlant de la comparaison des revenus avant invalidité de 51'051 fr. et après invalidité de 40'426 fr. n'ouvrait pas le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006.
24. Par courrier du 8 octobre 2008, l'assuré a fait état de son hospitalisation au Service de pneumologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG).
25. Dans un avis du 22 octobre 2008, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin au SMR, a relevé qu'à deux mois de la résection pulmonaire, l'état de santé n'était pas stabilisé. Il convenait d'attendre encore deux mois avant de demander au pneumologue les fonctions pulmonaires complètes avec test de marche de 6 minutes.
26. Le 4 novembre 2008, l'assuré a recouru contre la décision du 7 octobre 2008 auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière

d'invalidité. Il a fait valoir que son état s'était péjoré et ne lui permettait pas de travailler. Il a produit diverses pièces, dont un avis de sortie des HUG du 6 octobre 2008, selon lequel une thoracotomie exploratrice avait eu lieu avec résection atypique du lobe supérieur droit et un rapport de bronchoscopie du 26 septembre 2008 des HUG selon lequel il n'y avait pas d'anomalie endobronchique.

27. Dans sa réponse du 3 décembre 2008, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis les pièces produites au SMR, qui avait relevé que les éléments médicaux étaient insuffisants pour se déterminer et qu'une instruction complémentaire était indiquée sous la forme d'un rapport pneumologique détaillé incluant fonctions pulmonaires et test de marche pneumologique de 6 minutes. L'OAI a ainsi proposé que le Tribunal de céans complète l'instruction telle que préconisée par le SMR.
28. Dans sa réplique du 17 janvier 2009, l'assuré a indiqué qu'il allait se soumettre à une nouvelle intervention le 19 janvier 2009 en vue d'une biopsie. Par ailleurs, les documents produits suffisaient selon lui à se faire une opinion claire de son état de santé, non seulement aujourd'hui, mais également pour la période allant d'avril 2006 à septembre 2008.
29. Dans sa réplique du 22 janvier 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions telles qu'exprimées dans sa réponse du 3 décembre 2008.
30. Par courrier du 12 février 2009, l'assuré a produit divers documents médicaux. Y figuraient notamment un rapport d'hospitalisation du 5 février 2009 en vue d'effectuer une micro laryngoscopie en suspension et des biopsies, selon lequel les suites opératoires étaient simples, ainsi qu'un rapport du Dr S\_\_\_\_\_, pneumologue, du 22 décembre 2008, selon lequel il existait une recrudescence des douleurs thoraciques droites, de localisation inchangée, pariétales, sans argument pour une complication intercurrente, notamment de nature infectieuse. Ce médecin les interprétait comme des douleurs neuropathiques avec hyperesthésie après thoracotomie. Il reverrait le patient le 31 mars 2008 (recte 2009) et réaliserait à cette occasion un bilan fonctionnel (fonctions pulmonaires et test de marche de 6 minutes), pour une réévaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
31. Par courrier du 17 février 2009, le recourant a demandé à être entendu par le Tribunal de céans.
32. Le 23 mars 2009, le recourant a transmis un rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG du 27 février 2009, et le 25 mai 2009, le test de marche du Dr S\_\_\_\_\_, du 3 février 2009 ainsi que le rapport de ce dernier du 22 décembre 2008.
33. Par courrier du 10 juillet 2009, l'OAI a transmis les rapports des HUG des 24 et 31 mars 2009 qui lui étaient parvenus et s'est référé pour le surplus à un avis du SMR

du 29 juin 2009. Dans cet avis, le Dr R\_\_\_\_\_ a notamment relevé les faits suivants :

"1. Rapport du Dr S\_\_\_\_\_ (service de pneumologie des HUG, 16 septembre 2008). Nodule pulmonaire du segment apical du lobe supérieur droit, remaniement post-radique de la corde vocale gauche, syndrome obstructif léger.

2. Rapport de consultation du Dr S\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2008: nodule pulmonaire apical droit suspect, d'origine tumorale. Indication chirurgicale à une résection posée.

3. Rapport d'histologie du 29 septembre 2008 signé par le Dr T\_\_\_\_\_. Sur la pièce de résection atypique du poumon à droite: carcinome épidermoïde moyennement différencié non kératinisant mesurant 0,9 cm dans son plus grand axe. Ganglions sans tumeur et tranche de section bronchique et vasculaire sans particularité et notamment libre de cellules tumorales.

4. Rapport de consultation du Dr S\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2008: douleurs sur cicatrice de thoracotomie. Bon état général, poids 69,4 kilos.

5. Compte-rendu opératoire de l'intervention du 20 janvier 2009 signé par le Dr U\_\_\_\_\_. Pachydermie du tiers moyen et tiers postérieur de la corde vocale à gauche. La corde vocale droite semble normale. Des biopsies sont effectuées.

6. Test de marche du 2 février 2009 (Dr S\_\_\_\_\_): pas de désaturation anormale (saturation comprise entre 94 et 96%). Pas de tachycardie réflexe.

7. Test de marche de 6 minutes du 5 février 2009 par le Dr S\_\_\_\_\_ : pas de désaturation ni de tachycardie anormale.

8. Rapport d'hospitalisation du Service d'ORL des HUG du 5 février 2009 du Dr U\_\_\_\_\_ : micro-laryngoscopie en suspension mettant en évidence un important œdème supra-glottique. Examen compliqué d'une subluxation des dents 21 et 22. Ceci est un rapport provisoire, le rapport définitif étant le suivant.

9. Fonctions pulmonaires du 5 février 2009 effectuées également par le Dr S\_\_\_\_\_. Fonctions pulmonaires pratiquement normales avec des valeurs obtenues à 90% des valeurs théoriques prédites.

10. Scanner thoracique du 30 mars 2009 (Dresse V\_\_\_\_\_) : status post-résection atypique du lobe supérieur droit. Présence de 2 micronodules pulmonaires stables en taille et en morphologie par rapport au scanner de 2004.

En conclusion: tous les documents confirment que le nodule pulmonaire a été réséqué en tissu sain et que les fonctions pulmonaires après chirurgie sont peu altérées. Par ailleurs, au niveau ORL, il n'y a qu'un remaniement post-radique de la

corde vocale gauche. Il n'y a aucun élément médical nouveau relevant et nos appréciations antérieures restent valables."

34. Par courrier du 14 juillet 2009, le recourant a réitéré sa demande d'audition.
35. En date du 29 septembre 2009 s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué que le médecin de l'OAI ne l'avait vu que très peu de temps et qu'il ressentait une profonde injustice par rapport à la procédure en cours. Par ailleurs, le médecin de l'OCE avait confirmé qu'il ne pouvait travailler à plus de 50%. Enfin, il était convoqué le 7 octobre 2009 pour un bilan urologique car il avait un problème urologique depuis environ deux mois.
36. Par courrier du 30 septembre 2009, le recourant a indiqué qu'il transmettrait le rapport urologique dès qu'il serait établi.
37. Par courrier du 17 novembre 2009, le Tribunal de céans a fixé un délai au recourant au 27 novembre 2009 pour produire le rapport relatif au test urologique, au terme duquel la cause serait gardée à juger. Il ne s'est pas manifesté dans le délai impart.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délais et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1<sup>er</sup> juillet 2007), il convient de relever que 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). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 7 octobre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. La question litigieuse est celle de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soit quel est son degré d'invalidité.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

b) 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<sup>ème</sup> 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. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, 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).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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.

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. En l'occurrence se trouvent au dossier des attestations des médecins traitants, notamment des Drs L\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ainsi que des avis du SMR.

Seul le Dr L\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail complète depuis décembre 2004. Il ne motive cependant pas son avis. Le Dr P\_\_\_\_\_ ne retient pas, sur le plan rhumatologique, d'incapacité de travail. Quant aux tests de marche et aux fonctions pulmonaires effectués en février 2009 par le Dr S\_\_\_\_\_, ils ne mettent pas en évidence de valeurs anormales. En effet, les fonctions pulmonaires sont pratiquement normales avec des valeurs obtenues à 90 % des valeurs théoriques prédites et le test de marche de 6 minutes ne présente pas de désaturation ni de tachycardie anormale. Partant, le Tribunal de céans ne voit aucun argument à ne pas rejoindre les conclusions des médecins du SMR qui retiennent une capacité totale de travail avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 %, dès le 1er janvier 2006, dans une activité adaptée, soit une activité légère, essentiellement sédentaire, sans port de charges de plus de 5 kilos et n'imposant pas d'échanges verbaux soutenus. Il sied de relever que le Dr M\_\_\_\_\_ du SMR a précisé que les principales limitations fonctionnelles du recourant étaient une asthénie post-radique et une dysphonie qui limitait les contacts verbaux.

Ainsi, compte tenu de la capacité de travail de 70 % de l'assuré dans une activité adaptée, il convient de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité afin de déterminer son degré d'invalidité.

7. Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un

---

éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

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).

8. En l'espèce, est déterminante pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus l'année 2005 (1 an de délai de carence de l'art. 29 LAI dès le début de l'incapacité de travail de décembre 2004 attestée par le médecin traitant et année de naissance du droit à la rente).

Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte les revenus tels qu'établis par l'employeur dans son attestation du 25 octobre 2005. En 2004, année précédent le début de l'incapacité de travail, le recourant a gagné un revenu brut de 51'073 fr. 35, treizième salaire compris. Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels de l'année 2005 (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 51'512 fr. 95.

Pour calculer le revenu après invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes de santé du recourant. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples en 2004, à savoir 4'588 fr. par mois ou 55'056 fr. par an (ESS 2004, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6), ce montant doit être porté à 57'258 fr. 25 (La Vie économique, Tableau B9.2). Après réévaluation à l'année 2005, le revenu avec invalidité se monte à 57'751 fr. 05. Compte tenu de la réduction de rendement de 30%, ce montant doit encore être porté à 40'425 fr. 75.

Par ailleurs, eu égard à la diminution de rendement déjà prise en compte en raison des limitations que présente le recourant, aucun abattement supplémentaire ne se justifie selon la jurisprudence fédérale.

La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité ( $[51'512 \text{ fr. } 95 - 40'425 \text{ fr. } 75] \times 100 / 51'512 \text{ fr. } 95$ ) conduit à retenir un degré d'invalidité de 21,55 %, n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Ainsi, il y a lieu de constater que la décision de l'intimé est justifiée.

9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens mais devra supporter des émoluments de procédure selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI. En effet, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :      Frédérique GLAUSER

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