

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3962/2006

ATAS/772/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 3 juillet 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , 1205 GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître PETROZ Pascal

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur K _____, né le 1970, d'origine égyptienne, vit en Suisse depuis novembre 1995. Il travaillait comme manœuvre chez X _____ SA depuis quelques jours lorsqu'il a été victime d'un accident le 15 juin 1998 (chute d'une hauteur d'environ 3,60 m).

Il a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) le 20 mars 1999.

2. Son médecin traitant, le Dr. A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué dans un rapport adressé à l'OCAI le 25 avril 1999 que son patient avait subi une fracture D-12, un traumatisme crânio-cérébral, une fracture de type II du scaphoïde carpien gauche et une neuropraxie post traumatique du nerf cubital droit. Il a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis le 15 juin 1998.
3. L'assuré a effectué un séjour à la "établissement hospitalier" du 17 mars au 5 mai 1999. A l'issue de ce stage une mesure d'observation destinée à déterminer la motricité fine et la motivation de l'assuré a été préconisée (cf. rapport de sortie du 9 juin 1999).
4. La division de réadaptation professionnelle de l'AI a examiné le cas de l'assuré et établi un rapport le 25 mai 2000. L'assuré a fait part de son intérêt pour un recyclage en tant que sertisseur. Il ne s'est toutefois guère montré enchanté lorsqu'une place dans laquelle il aurait pu recevoir une formation pratique en deux ans à plein temps lui a été proposée. Un stage d'observation au Centre d'intégration professionnelle (CIP) a dès lors été mis sur pied dans le cadre de l'atelier OSER du 2 août au 3 novembre 2000.
5. Par courrier du 13 octobre 2000, l'OCAI, constatant qu'à l'issue du stage d'observation au CIP, plusieurs stages avaient été proposés à l'assuré pour lesquels celui-ci n'était pas entré en matière ou qui avaient été interrompus, a attiré son attention sur le fait qu'il était tenu de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle et que s'il ne changeait pas d'attitude et n'adoptait pas un comportement adéquat, l'assurance pourrait suspendre ou refuser les prestations.
6. Le rapport OSER a été établi le 20 novembre 2000. Il conclut à la possibilité de réadapter l'assuré dans le circuit économique normal à plein temps avec un rendement de 60% au minimum dans une activité légère sans port de charges, en position essentiellement assise et en ménageant le bras gauche. Compte tenu du fait que le médecin traitant estimait que son patient ne pouvait actuellement pas travailler plus d'un mi-temps, la direction du CIP a considéré que la capacité résiduelle de travail était de 50% au minimum dans les métiers de type ouvrier dans

l'industrie légère, étant précisé que l'assuré a la possibilité, s'il le veut, d'améliorer cette capacité en augmentant progressivement son temps de travail. De ce fait la direction du CIP a proposé que la situation soit réévaluée dans une année. Elle a par ailleurs précisé que les chances de succès d'un reclassement étaient limitées, l'assuré ayant la certitude qu'il ne pouvait pas travailler plus d'un mi-temps.

7. La division de réadaptation professionnelle de l'AI a pris connaissance de ce rapport et proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 57%.
8. Par décision du 22 janvier 2001, l'OCAI a rejeté la demande de mesures professionnelles au motif que l'état de santé de l'assuré ne lui permettrait actuellement pas de mener à bien une mesure de reclassement professionnel dans le circuit économique normal, ce bien que sa capacité résiduelle de travail ait été estimée à 50% en qualité d'ouvrier d'usine.
9. Par décision du 22 octobre 2001, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, assortie de demi-rentes complémentaires pour conjoint et enfant.
10. Le 23 mai 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement de ses prestations.
11. Un questionnaire pour la révision de la rente a été adressé le 6 juin 2002 à l'assuré. Celui-ci l'a retourné le 25 juin 2002, indiquant que son état de santé s'était aggravé, qu'il avait dû être réopéré du nerf dans le coude, et qu'il travaillait en qualité de chauffeur environ 20 heures par semaine au service de X_____ SA.
12. Par décision du 25 juillet 2002, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de gain de 25%, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu d'une diminution de 7,50%.
13. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2002, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Il a précisé que son patient pouvait travailler à 50%.
14. Par décision du 15 novembre 2002, l'OCAI a maintenu l'octroi de la demi-rente d'invalidité.
15. Un nouveau questionnaire pour la révision de la rente a été adressé le 18 février 2004 à l'assuré.

Interrogé, le Dr A_____ a déclaré le 23 mars 2004 qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 29 octobre 2002.
16. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Il résulte du rapport établi par le Dr C_____ en octobre 2004

que l'assuré se plaint de lombalgies basses permanentes et de difficultés (anamnestiques) à se servir correctement de sa main droite. L'expert a rappelé les diagnostics de status après fracture post-traumatique de D-12, status après fracture post-traumatique du scaphoïde gauche et status après décompression d'un syndrome canalaire du coude droit (deux interventions dont la dernière remonte à 2002). Il a considéré que:

"le status actuel ne montre pas de substrat clinique permettant à mes yeux de justifier une incapacité de travail. L'événement traumatique subi et les séquelles immédiates ont certainement motivé des restrictions dans la capacité de travail du patient, mais la situation est actuellement à mes yeux compatible avec une activité professionnelle.

Certes, compte tenu de l'événement traumatique et de ses conséquences immédiates, de la non-reprise d'activité depuis 1998 et des plaintes actuelles du patient, il serait préférable d'éviter un poste de travail entraînant des sollicitations lombaires et des mouvements répétitifs avec le bras droit. En effet, de telles sollicitations vont à coup sûr entraîner une exacerbation des plaintes sur lesquelles le patient va s'appuyer pour montrer qu'il ne peut pas reprendre d'activité. Par contre, une reprise d'activité à un poste de travail évitant les contraintes mentionnées ci-dessus devrait pouvoir être exigible à ce patient dont les douleurs anamnestiques ne me semblent pas être un élément suffisant pour justifier une rente".

17. Le Dr D _____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté, dans une note du 22 novembre 2004, que le Dr C _____ avait conclu à une exigibilité de 100% dans une activité adaptée et que des mesures de réadaptation professionnelle étaient tout à fait possibles mais seraient probablement mises en échec par un assuré peu motivé à reprendre une quelconque activité. Le Dr D _____ souligne que ces conclusions sont identiques à celles de la SUVA du 25 avril 2002.
18. Un premier entretien s'est déroulé dans le cadre du service de la réadaptation professionnelle le 30 mai 2005, au cours duquel l'assuré a indiqué qu'il avait repris une activité professionnelle en tant que chauffeur privé (mission temporaire) et qu'afin de pouvoir augmenter ses chances de trouver un travail fixe dans ce domaine d'activité, il était en train de passer son permis de conducteur professionnel. L'assuré a insisté sur le fait qu'il était motivé à retravailler afin de mieux gagner sa vie, ne supportant plus de rester à ne rien faire.

Le 14 septembre 2005, l'assuré a informé ce service qu'il avait réussi son permis de conduire professionnel et qu'il allait se faire opérer du poignet gauche le 20 septembre 2005.

19. Par décision du 16 janvier 2006, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle du 16 janvier au 16 avril 2006 dans le cadre de l'entreprise Y_____. Le 5 avril 2006, l'OCAI a prolongé ce stage. Une augmentation progressive du temps de travail allant d'un 60% à 80% a été prévue.

Il ressort du bilan de fin de stage que l'assuré n'éprouve pas de gêne dans la conduite, ne ressent pas de douleurs au terme de la journée, hormis en cas de sollicitations lombaires lors du transport de personnes en fauteuil roulant. L'assuré se considère apte à exercer cette activité de chauffeur mais juge que le taux de 80% est trop élevé, ce qui se manifeste par l'apparition de douleurs.

20. Le service de réadaptation professionnelle a par ailleurs relevé que l'entreprise Y_____ ne souhaitait pas prolonger encore la mesure, du fait d'un comportement parfois peu adéquat de l'assuré envers ses collègues et les responsables, ainsi que d'un manque d'engagement personnel.

Il a dès lors procédé à la comparaison des gains, tenant compte d'une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% d'une part et admettant une réduction de 10% d'autre part. Il a ainsi obtenu un degré de 1,9%.

Dans un rapport du 20 juin 2006, le Dr A_____ a indiqué qu'il avait reçu l'assuré à sa consultation les 11 et 24 mai 2006, que l'état de santé était resté stationnaire, qu'il n'y avait pas de changement hormis la suspicion d'un syndrome du tunnel carpien droit. Il a ajouté que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée à 50%, que la compliance était optimale et qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

21. Une démarche de placement a été effectuée le 5 juillet 2006. L'assuré ne s'est cependant pas présenté à la convocation agendée au 8 août 2006 et n'a finalement pas repris contact avec le coordinateur d'emploi.
22. Par décision du 28 septembre 2006, considérant que selon l'expertise rhumatologique du Dr C_____, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis octobre 2004 au moins, à telle enseigne que la capacité de travail raisonnablement exigible était dorénavant complète, qu'il avait été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle comme chauffeur et qu'il présentait dès lors un degré d'invalidité de 1,9% seulement, l'OCAI a informé l'assuré que sa rente lui était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
23. Celui-ci, représenté par Maître Pascal PETROZ, a interjeté recours le 30 octobre 2006. Il conteste le degré d'invalidité de 1,9% retenu par l'OCAI et produit une attestation établie par le Dr A_____ le 23 novembre 2006, aux termes de laquelle il "reste, et ceci de manière définitive, incapable de travailler dans son

ancienne profession. Par contre il a une capacité partielle uniquement à 50% dans une activité professionnelle adaptée à son handicap".

24. Dans sa réponse du 16 janvier 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
25. Ce courrier a été transmis à l'assuré. Celui-ci ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui avait été imparti.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. 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'OCAI de supprimer la demi-rente d'invalidité dont était bénéficiaire l'assuré.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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).

Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins un quart, 50% au moins une demie, 60% au moins trois-quarts, 70% au moins rente entière.»

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3% continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, 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. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire

aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

7. Depuis l'entrée en vigueur de la LPGA, la révision et la reconsidération d'une décision sont prévues à l'art. 53. L'alinéa un prévoit la révision d'une décision lorsque l'assureur ou l'assuré découvre des faits nouveaux importants, tandis que l'alinéa deux porte sur la reconsidération et mentionne ce qui suit : «l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable».

À noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de révision et de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et

les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

8. a) 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGa consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

9. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité du recourant s'est notablement modifiée (art. 17 LPGa). Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente du 22 octobre 2001 avec ceux existant au moment de la décision litigieuse du 28 septembre 2006.
10. Lors de la décision initiale de rente, l'OCAI s'est fondé plus particulièrement sur le rapport OSER du 20 novembre 2000 selon lequel l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans les métiers de type ouvrier dans l'industrie légère pour lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité.

Lors de la première révision intervenue en 2002, l'octroi de la demi-rente a été maintenu, le médecin traitant ayant indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire.

Dans le cadre de la révision engagée le 18 février 2004 toutefois, l'OCAI a supprimé la demi-rente d'invalidité, sur la base des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr C_____, selon lesquelles l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à 100% dans une activité adaptée.

L'assuré conteste le degré d'invalidité de 1,9% retenu par l'OCAI et rappelle que selon le Dr A_____, son état de santé est resté stationnaire, qu'il n'y a pas de changement hormis la suspicion d'un syndrome du tunnel carpien droit, qu'il reste dès lors incapable de travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations.

11. Il résulte de la partie en fait qui précède que l'assuré a repris une activité professionnelle en tant que chauffeur privé dans le cadre de missions temporaires une vingtaine d'heures par semaine environ et a réussi le permis de conduire professionnel pour le transport de personnes. Il a été mis au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle dans le cadre de l'entreprise Y_____ du 16 janvier au 16 avril 2006.

L'assuré a effectué ce stage d'abord à 60% puis a augmenté progressivement son temps de travail jusqu'à atteindre un taux d'activité de 80%. Il a lui-même déclaré que l'emploi de chauffeur lui convenait, pour autant qu'il n'ait pas à pousser de fauteuils roulants, en raison de ses douleurs lombaires, et qu'il s'agisse d'une activité

exercée à moins de 80%. Son médecin traitant atteste du reste d'une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée.

12. Le Tribunal de céans constate cependant que les douleurs lombaires qui apparaissent à la fin de la journée et dont se plaint l'assuré sont plutôt dues au fait que celui-ci a dû solliciter ses lombaires pour pousser un fauteuil roulant.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de constater que même si l'on ne retenait qu'une capacité de travail de 60%, le degré d'invalidité obtenu de 34% ne suffirait pas à justifier l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il y a au surplus lieu de rappeler que la rente accordée par la SUVA est fondée sur une incapacité de gain de 25% seulement.

13. Enfin, la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle supplémentaires ne se justifie pas non plus, dans la mesure où le stage chez Y_____ a déjà permis à l'assuré de bénéficier d'une expérience professionnelle dans une activité adaptée à ses limitations (dans la liste desquelles il convient d'inclure la non sollicitation des lombaires) et parce que l'assuré n'a pas paru intéressé à la démarche de placement engagée par l'AI.

14. Aussi le recours est-il 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