REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4139/2006 **ATAS/438/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 25 avril 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , MEYRIN recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C_____, ressortissant suisse né en septembre 1959, était vendeur au sein de la société coopérative X_____ jusqu'au 31 janvier 2003.

2. Le 6 juillet 1999, il a subi une lésion au genou gauche et le cas a été pris en charge par la SUVA, assurance-accidents de son employeur. L'IRM pratiquée le 13 juillet 1999 a permis de diagnostiquer une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et une entorse du ligament croisé antérieur avec un épanchement intra-articulaire modéré.

3. Après une résection méniscale par voie arthroscopique et de la physiothérapie, l'assuré a repris le travail à 50% dès le 20 septembre 1999, puis à 100% dès le 19 novembre 1999.

4. L'assuré a subi, le 1er juillet 2000, une nouvelle incapacité de travail, considérée comme une rechute de l'accident du 6 juillet 1999. L'IRM du genou gauche pratiquée le 13 juillet 2000 a montré une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'à un aspect en faveur d'une fracture par insuffisance du plateau tibial interne.

5. Un second accident a eu lieu le 2 juillet 2001. L'IRM pratiquée le 13 juillet 2001 a mis en évidence une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Après une incapacité de travail totale dès le 2 juillet 2001, une reprise à 50% est intervenue le 27 août 2001, puis à 100% dès le 1er octobre 2001.

6. Une nouvelle rechute est intervenue le 1er mai 2002. Le Dr A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a alors posé le diagnostic de torsion du genou droit avec déchirure du ménisque interne droit et de gonarthrose du genou gauche; il a préconisé une arthroscopie bilatérale et une ostéotomie à gauche. L'incapacité de travail était complète depuis la rechute.

7. Le 23 juillet 2002, le Dr A_____ a procédé à une arthroscopie du genou gauche en raison d'une gonarthrose varisante avec régularisation d'une chondropathie fémorale et à la résection du ménisque interne, ainsi qu'à l'ostéotomie de valgisation. Il a également effectué une arthroscopie du genou droit et a procédé à une résection du ménisque interne ainsi qu'à une chondroplastie.

8. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA du 16 octobre au 20 novembre 2002. Selon le rapport de cet établissement du 6 décembre 2002, les progrès en fin de séjour étaient importants, la physiothérapie était à poursuivre et l'arrêt de travail à réévaluer dans un délai de 4 à 6 semaines. Il était

cependant rappelé que l'avenir du genou gauche était sérieusement hypothéqué à moyen terme et qu'il serait souhaitable que l'assuré puisse alterner les positions et éviter le port de charges lourdes.

9. Dans ses rapports intermédiaires des 7 et 8 janvier 2003, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité de travail totale sans prévision d'une reprise à court terme.

10. En date du 15 janvier 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a, dans le cadre de l'instruction de la demande, réunis différentes attestations médicales.

11. Dans son rapport du 22 janvier 2003, le Dr B_____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que dans la poursuite de la rééducation du genou gauche, une récidive de déchirure au niveau du ménisque interne au genou droit avait été mise en évidence; la situation n'était pas stabilisée. Ce médecin concluait qu'une reprise du travail essentiellement debout dans l'alimentation avec surcharge des membres inférieurs n'était plus exigible.

12. Dans un rapport du 23 janvier 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué une gonarthrose et (mots illisibles). L'état de santé s'aggravait. L'incapacité était totale depuis le 28 février 2002 et aucune activité n'était adaptée à l'état de santé du patient.

13. Le 20 mai 2003, l'assuré a été convoqué par la SUVA pour juger des possibilités de clore le dossier. Le médecin d'arrondissement a alors proposé l'arrêt de toute thérapie invasive pouvant retarder une réinsertion professionnelle et a conclu que l'assuré ne pouvait plus faire de longues stations debout, porter des charges, s'agenouiller fréquemment, monter et descendre des échelles et des escaliers, mais que sa capacité restait entière dans une activité adaptée, essentiellement assise ou faisant alterner les positions et ne comprenant que des déplacements sur des terrains plats et de courtes distances.

14. Dans un rapport du 10 novembre 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale. Il y avait une amélioration de la mobilité et des douleurs mais l'incapacité restait totale depuis le 29 avril 2002.

15. Dans un rapport du 16 mai 2004, le Dr C_____, interniste, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale depuis 1999 ainsi qu'un trouble anxieux non spécifié. L'incapacité avait été totale du 29 avril 2002 au 1er novembre 2003 date à laquelle le patient s'était inscrit à l'assurance-chômage bien qu'il continuât à présenter une incapacité de travail. L'état de santé était stationnaire.

16. Dans un rapport du 20 septembre 2004, le Dr D_____, rhumatologue traitant, a diagnostiqué des gonalgies bilatérales, un status après arthroscopie thérapeutique

à droite (ménisques) en 1999 à gauche et en 2001 à droite, ainsi qu'un status après ostéomie du genou gauche. L'incapacité était totale depuis mai 2002 et l'état de santé s'améliorait. Il n'y avait plus de traitement en cours actuellement. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais une activité évitant la station debout prolongée était possible à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement, depuis le 1er octobre 2004, notamment en qualité de caissier. L'assuré pouvait tenir la position assise pendant 8 heures par jour, la position debout pendant 4 heures par jour; il ne pouvait pas parcourir plus de 1000 mètres à pied ni porter des charges de plus de 10 kilos et devait également éviter les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

17. Dans un rapport du 23 septembre 2004, le Dr C_____ a indiqué qu'il n'y avait actuellement pas de limitations fonctionnelles précises, mais que le patient présentait des douleurs à la marche en descente, plus marquées à droite qu'à gauche et également lors de l'accroupissement. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée était certainement proche de 100 %, à la réserve près que ce patient présentait toujours une symptomatologie anxieuse. Il était difficile de prévoir si le travail améliorerait cette pathologie ou si au contraire l'exacerberait avec le risque d'une décompensation psychologique. En l'état, ce médecin était partisan de favoriser une réinsertion à 100 % de ce patient relativement jeune.

18. Dans un avis médical sans examen clinique du 20 janvier 2005, le SMR Léman, service médical régional de l'assurance-invalidité, a constaté que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (sédentaire permettant l'alternance des positions assises et debout, sans marche en terrain irrégulier ou de travail sur une échelle et sans port de charges de plus de 10 kilos).

19. Par décision du 7 mars 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. De la comparaison des revenus avant invalidité de 53'893 fr. et après invalidité de 54'261 fr. découlait un degré d'invalidité de 0,7 % n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

20. Par courrier du 21 mars 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, puisqu'il ne pouvait plus exercer sa profession et ne trouvait pas de travail en raison de son handicap.

21. En date du 19 juillet 2006, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une déchirure du ménisque interne, d'une entorse du LCA, d'une fracture du plateau tibial interne ainsi que d'une hernie discale qui avait donné lieu à deux opérations en avril et mai 2006.

22. Dans un rapport du 21 août 2006, le Dr D_____ a diagnostiqué des gonalgies bilatérales, un status après méniscectomie et ostéotomie. L'état de santé s'était globalement amélioré depuis le printemps 2006 malgré l'apparition de

lombosciatalgies droites. La capacité de travail était nulle dans la profession de magasinier mais une reprise à 100 % dans une autre activité adaptée (sans position debout prolongée, sans port de charges, sans mouvements des membres ou du dos, et sans position debout, à genoux ou accroupie) était possible, sans diminution de rendement. Il n'y avait plus de traitement en cours actuellement.

23. Par décision du 10 octobre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, faisant valoir qu'il présentait une pleine capacité résiduelle de travail selon son médecin traitant, le Dr D_____. Il convenait dès lors de procéder à une comparaison des revenus sans invalidité de 53'893 fr. et avec invalidité de 48'835 fr., sur la base des salaires de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, de laquelle il découlait un degré d'invalidité de 13 % n'ouvrant droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. En effet, un taux inférieur à 20 % ne donnait pas droit à un reclassement professionnel.

24. Par courrier du 1er novembre 2006 à l'OCAI, l'assuré a "formé opposition" à cette décision, faisant valoir que depuis mars 2005, sa situation s'était modifiée et qu'il présentait une atteinte à la colonne lombaire qui avait nécessité deux interventions chirurgicales et l'empêchait totalement d'exercer une activité lucrative.

25. Par courrier du 7 novembre 2006, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans le courrier de l'assuré du 1er novembre 2006, comme objet de sa compétence. Ce courrier, considéré comme un recours, a donné lieu à l'ouverture d'un dossier enregistré sous la cause A/4139/2006.

26. Dans sa réponse du 21 novembre 2006, l'intimé, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 20 mai 2003 et aux rapports des Drs D_____ et C_____ des 20 et 23 septembre 2004, selon lesquels le recourant était totalement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à plein temps et sans diminution de rendement. En outre, l'aggravation de santé alléguée par l'assuré à compter de mars 2005 n'était pas corroborée par son rhumatologue traitant, le Dr D_____ qui, dans un rapport du 21 août 2006, avait constaté une pleine capacité résiduelle de travail.

27. Dans un courrier du 12 décembre 2006, l'assuré, concluant au maintien de son recours, a prié le Tribunal de céans de s'adresser au Dr TOCHON, spécialiste en chirurgie orthopédique et au Dr RAMADAN, neurochirurgien.

28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 10 octobre 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit

des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; 117 V 278 consid. 2b; 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. Il convient en l'occurrence de déterminer si le recourant présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Selon les documents médicaux au dossier, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, cela est constaté dans le rapport du 20 mai 2003 du médecin de la SUVA, rapport qui a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Dans un rapport du 10 novembre 2003, le Dr A_____ constate une amélioration. Le 20 septembre 2004, le Dr D_____ confirme qu'une activité adaptée est possible raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement, notamment en qualité de caissier. Le Dr C_____, dans son rapport du 23 septembre 2004, estime également que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est totale. Enfin, dans un rapport du 21 août 2006, le Dr D_____ constate que l'état de santé s'est amélioré depuis le printemps 2006, malgré l'apparition de lombosciatalgies droites et contrairement à ce qu'allègue le recourant. Selon ce médecin, une reprise de travail à plein temps dans une activité adaptée est possible sans diminution de rendement. Ainsi, sur la base de ces documents médicaux, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et qu'il présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2003, selon le rapport de la SUVA.

7. a) Il y a lieu dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité du recourant.

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 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. 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, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

8. Selon une attestation de la X_____ du 4 février 2003, le recourant gagnait en 2003 4'125 fr. x 13, ce qui correspond à un salaire annuel de 53'625 fr.

Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé en 2002, à savoir 53'244 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2006, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 55'506 fr. 85. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2003, date de l'ouverture d'une éventuelle rente compte tenu du début de l'incapacité de travail au 1er mai 2002, (cf. La Vie économique, 3-2006, p. 91, B10.3), on obtient un revenu annuel de 56'293 fr. 20.

S'agissant de la réduction sur le revenu d'invalide, il convient de relever que le recourant était âgé de 47 ans au moment de la décision sur opposition et présente une pleine capacité résiduelle de travail, sans diminution de rendement. Ainsi, seuls les facteurs de l'âge et des limitations fonctionnelles, qui exigent une activité légère sans déplacement sur sol irrégulier, peuvent être pris en compte pour une réduction du revenu statistique (cf. RCC 2000 p. 314 ss). Aussi ne se justifie-t-il pas de procéder à un abattement de plus de 15 % sur le salaire d'invalide, ce qui porte ce revenu à 47'849 fr. 20.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 10,77 %, qui n'ouvre droit à aucune prestation d'invalidité ([53'625 fr. - 47'849 fr. 20] x 100 : 53'625 fr. = 10,77).

Enfin, le recourant a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité en janvier 2003 et n'a été en incapacité totale de travail que depuis le 1er mai 2002, date de la déclaration de la rechute à la SUVA (cf. également rapport du 20 septembre 2004 du Dr D_____) à début mai 2003 (selon rapport de la SUVA du 20 mai 2003). Il n'a donc présenté qu'une année d'incapacité de travail et n'a dès lors pas droit à une rente pour cette période d'incapacité, en vertu de l'art. 29 LAI.

9. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, sera rejeté.

3. La recourant succombant, un émolument de 200 fr. sera mis à sa charge, en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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