REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/578/2007 **ATAS/1440/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 18 décembre 2007

En la cause

Monsieur F_____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SORDET Christine	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur F_____, à Genève depuis août 1980, a travaillé comme maçon de 2000 à 2003. Il a déposé le 2 mars 2005 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge de mesures de réadaptation et à l'octroi d'une rente. Son médecin traitant, le Dr L_____, généraliste, a indiqué qu'il souffrait d'une cardiopathie dilatée avec fonction ventriculaire gauche systolique globale diminuée et insuffisance valvulaire mitrale depuis le 15 janvier 2003.

2. Interrogé par l'OCAI, le Dr L_____ a, dans un rapport du 29 avril 2005, posé les diagnostics depuis décembre 2002, d'insuffisance cardiaque modérée à sévère, cardiopathie dilatée d'origine rythmique et alcoolique, fibrillation auriculaire, artériopathie du membre inférieur gauche, polyarthrose et éthylisme chronique. Il a fixé l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis janvier 2003. Il a précisé que l'assuré ne pouvait plus non plus exercer une autre activité que celle de maçon, au motif qu'il présentait une "trop grave atteinte dans sa santé et une formation insuffisante".

3. Considérant que les renseignements à disposition ne suffisaient pas pour déterminer quel était le taux de capacité exigible dans une activité adaptée, l'OCAI a mandaté le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour expertise.

   Un rapport a été établi par celui-ci le 10 juillet 2006. Il en ressort que les problèmes de santé de l'assuré ont probablement débuté en fin d'année 2002 avec l'apparition d'une dyspnée associée à des palpitations, une orthopnée ainsi que des dyspnées paroxystiques nocturnes. L'expert a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une cardiomyopathie dilatée probablement d'origine mixte, rythmique et toxique depuis décembre 2002, ainsi qu'une fibrillation auriculaire chronique, non datable et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après arthrite du genou gauche d'origine indéterminée (2003 et 2004), un status après pneumonie droite (2005), un tabagisme et un alcoolisme chroniques. Il a précisé que :

   "Le traitement de l'insuffisance cardiaque associé à une cardioversion électrique a permis une amélioration significative et durable, sans décompensation cardiaque depuis lors, malgré la récidive de fibrillation auriculaire (FA). Il persiste une dyspnée de stade II probablement. Objectivement, l'indice cardio-thoracique est à la limite supérieure de la norme et ce en mars 2006 et l'échocardiographie montre un ventricule gauche discrètement dilaté, une fraction d'éjection ventriculaire gauche modérément diminuée estimée entre 35 et 40% sous réserve de la fibrillation auriculaire. Il est décrit par ailleurs une discrète dilatation de l'oreillette gauche avec un épaississement et une légère calcification de l'anneau mitral. Cliniquement, l'examen actuel n'est pas suggestif d'une décompensation cardiaque.

L'origine de cette cardiomyopathie est vraisemblablement mixte dans un contexte de fibrillation auriculaire, actuellement normocarde, et toxique dans le cadre d'un alcoolisme chronique. Une hyperthyréose a été exclue de même qu'une cardiopathie ischémique chez ce tabagique chronique.

Du fait des problèmes de compliance, il a été renoncé à une anticoagulation orale au profit d'une inhibition plaquettaire associée au traitement béta bloqueur et inhibiteur de l'enzyme de conversion. Sous ce traitement non maximal, la situation peut être considérée comme stable actuellement mais une surveillance échographique est hautement recommandée.

Cette cardiomyopathie dilatée est à l'origine d'une limitation fonctionnelle avec intolérance au port de charges et aux efforts soutenus. Dans ce sens, elle rend la profession d'aide-maçon difficilement praticable et justifie une totale incapacité de travail dans une activité réputée lourde depuis le 1er janvier 2003. Toutefois, dans une activité légère, une activité à temps complet paraît exigible. L'activité compatible avec l'affection présentée devrait avoir un niveau de capacité de charges légères c'est-à-dire avec des manipulations occasionnelles de 10 kg au maximum. Si le niveau de capacité de charges est limité, le temps de travail ne l'est pas.

Les autres comorbidités décrites ne représentent pas de limitation fonctionnelle. En effet, l'alcoolisme chronique n'est pas assorti de complications somatiques significatives. L'artériopathie du membre inférieur gauche, décrite en 2003, s'est normalisée avec un status artériel normal en 2006. L'arthrite du genou gauche (goutte ?) ne s'est plus manifestée depuis 2004 ni d'ailleurs la tendinite coracoclaviculaire droite. L'examen de l'appareil locomoteur actuel ne met pas en évidence de limitations fonctionnelles significatives".

4. L'OCAI n'a pas pu obtenir d'information de la part de l'entreprise dans laquelle a travaillé l'assuré jusqu'en 2003, celle-ci ayant fait faillite.

5. Dans un rapport du 17 novembre 2006, la division de réadaptation professionnelle de l'AI a relevé que jusqu'en 1990, l'assuré avait travaillé à 100%, puis avait exercé une activité auprès d'une agence temporaire à raison de quatre à cinq jours par semaine en fonction des besoins (marché économique de l'emploi) et des limitations générées par sa maladie. Il a réalisé de 2001 à 2002 un revenu moyen de 24'331 fr. 15, soit un salaire mensuel moyen de 2'027 fr. 60.

Le degré d'invalidité a ainsi été calculé :

Revenu annuel sans invalidité (réactualisé 2004)	Fr.	24'859.80
Revenu annuel avec invalidité selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2004), TA 1 pour un homme exerçant une activité de niveau 4, avec un abattement de 10% compte tenu du		

fait que seule une activité légère est possible Fr. 51'532.45

Aussi le degré d'invalidité est-il nul.

6. Le 22 novembre 2006, l'OCAI a informé l'assuré de son projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, étant précisé que sur demande écrite dûment motivée, une aide au placement pourrait être examinée.

7. Par décision du 8 janvier 2007, l'OCAI a confirmé son projet.

8. L'assuré, représenté par Maître Christine SORDET, a interjeté recours le 16 février 2007 contre ladite décision. Il rappelle que ses médecins traitants le reconnaissent incapable de travailler à 100%. Il conclut à l'annulation de la décision du 8 janvier 2007 et à ce que son droit à des prestations AI lui soit reconnu.

9. Dans sa réponse du 29 mars 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

10. Par courrier du 31 août 2007, Maître SORDET a informé le Tribunal de céans qu'elle cessait d'occuper dans la présente cause.

11. Maître Bernard REYMANN s'est constitué et a, le 19 septembre 2007, sollicité l'audition des Drs N_____, L_____ et O_____.

12. Les deux premiers ont été entendus le 27 novembre 2007, le dernier s'étant excusé.

    Le Dr N_____, médecin interne dans le service de cardiologie des HUG, a déclaré qu'il voyait l'assuré une fois par mois ou tous les deux mois depuis octobre 2006. Il a précisé que l'insuffisance cardiaque dont celui-ci souffrait était actuellement modérée à sévère, voire sévère. Il a expliqué que l'alcoolisme pouvait provoquer une insuffisance cardiaque, mais qu'il n'en était pas nécessairement le facteur étiologique, qu'en cas d'abstinence, on peut s'attendre à une amélioration de l'état cardiaque, mais que tel n'avait pas été le cas pour l'assuré. Selon lui, la capacité de travail dans une activité sans efforts physiques pouvait être de 100%, si l'on ne tient compte que des problèmes cardiaques. Il a enfin informé le Tribunal de céans de ce que, vu la persistance de l'insuffisance cardiaque, il avait été décidé de procéder à une intervention chirurgicale, soit l'implantation d'un défibrillateur, agissant également comme pace maker. Tout pronostic à cet égard était prématuré.

    Le Dr L_____ a indiqué qu'il avait été le médecin traitant de l'assuré jusqu'à fin 2005. A la demande du Tribunal, il a précisé que :

    "lorsque j'ai établi le rapport du 29 avril 2005, l'état de Monsieur F_____ du point de vue cardiaque était réellement préoccupant à tel point que tout effort physique était exclu. C'est la raison pour laquelle j'ai répondu par la négative à toutes les questions concernant les capacités professionnelles. Monsieur F_____ a souffert d'une insuffisance cardiaque très sévère liée à une

consommation d'alcool. Son état devait s'améliorer après six mois d'abstinence. Le lien thérapeutique a toutefois été rompu peu avant. Le lien thérapeutique a été rompu parce que le patient n'adhérait pas complètement au traitement médicamenteux et aux exigences demandées concernant l'alcool.

J'apprends que l'expert mandaté par l'OCAI avait fixé à 100% la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Je considère qu'une telle évaluation est exagérée. Je fixerais quant à moi un taux de 50% au maximum. Ce taux me parait plus réaliste et tient compte non seulement des problèmes cardiaques mais également des autres atteintes dont souffre l'assuré".

Lors de la comparution personnelle tenue le même jour, l'assuré a produit un résumé de consultation établi par un médecin du centre d'accueil et d'urgences des HUG le 29 octobre 2007, qu'il avait consulté en raison d'une crise de goutte.

Il s'est par ailleurs étonné que l'expert mandaté par l'OCAI ne l'ait examiné que durant une dizaine de minutes, sans même disposer de son dossier médical.

13. 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 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 8 janvier 2007, et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il

en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. 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 ou mentale 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).

5. Il convient également de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, 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). Il en résulte que 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, 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. Etant 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

7. L'assuré conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 100% que l'intimé a retenu dans le cadre d'une activité légère, sur la base du rapport d'expertise rédigé par le Dr M_____.

En l'espèce, dans son rapport du 10 juillet 2006, le Dr M_____, spécialiste en médecine interne, a posé, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une cardiomyopathie dilatée probablement d'origine mixte,

rythmique et toxique depuis décembre 2002, ainsi qu'une fibrillation auriculaire chronique, non datable et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après arthrite du genou gauche d'origine indéterminée (2003 et 2004), un status après pneumonie droite (2005), ainsi qu'un tabagisme et un alcoolisme chroniques. Il a considéré qu'en raison de la cardiopathie dilatée, l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans la profession de maçon, mais qu'il pouvait travailler à temps complet dans une activité sans port de charges. S'agissant des autres atteintes à la santé, il a estimé qu'aucune limitation fonctionnelle significative n'était à prendre en considération.

L'assuré allègue que l'expert ne l'a examiné que durant une dizaine de minutes et qu'il ne disposait pas même de son dossier médical.

Le Tribunal de céans constate cependant que le rapport d'expertise du Dr M_____ se fonde sur des examens approfondis. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier de l'assuré. Le Dr M_____ a au demeurant expressément dressé la liste de tous les rapports dont il a disposé pour prendre ses conclusions. Il a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert 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. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi doit-on admettre que son rapport d'expertise répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

8. Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

L'assuré se réfère aux avis de ses médecins traitants, dont il a du reste demandé l'audition.

Le Dr L_____, dans son rapport du 29 avril 2005, a fixé à 100 % l'incapacité de travail de son patient, quelle que soit l'activité envisagée. Il a toutefois motivé ce taux en faisant notamment état d'une formation insuffisante. Or, on ne saurait parler d'invalidité au sens de la LAI lorsque l'incapacité de gain n'est pas provoquée par une atteinte à la santé, mais pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, par exemple une formation insuffisante ou des connaissances linguistiques limitées (RCC 1989, p. 322).

Entendu par le Tribunal de céans, il a estimé ce taux à 50% au maximum, déclarant à cet égard qu'un tel taux lui paraissait plus réaliste que celui posé par l'expert et tenait compte non seulement des problèmes cardiaques, mais également des autres atteintes dont souffrait l'assuré. Il a par ailleurs expliqué que le lien thérapeutique avec le patient avait été rompu fin 2005, parce que celui-ci n'adhérait pas complètement au traitement médicamenteux prescrit et ne fournissait pas les efforts

demandés s'agissant de sa consommation d'alcool, étant précisé que l'état cardiaque devait s'améliorer après 6 mois d'abstinence.

Le Dr N_____ a quant à lui fait siennes les conclusions du Dr M_____, selon lesquelles, compte tenu de l'insuffisance cardiaque, la capacité de travail est entière dans une activité sans efforts physiques.

S'agissant des autres atteintes, le Dr M_____ a constaté que l'artériopathie du membre inférieur gauche, décrite en 2003, s'est normalisée avec un status artériel normal en 2006, que l'arthrite du genou gauche ne s'est plus manifestée depuis 2004, ni d'ailleurs la tendinite coraco-claviculaire droite. Il en a conclu qu'aucune limitation fonctionnelle significative ne pouvait être mise en évidence. Il est vrai que l'assuré a souffert d'une nouvelle crise de goutte en octobre 2007. Cette crise n'étant intervenue que bien après la décision litigieuse, elle constituerait toutefois, le cas échéant, un fait nouveau dont le Tribunal de céans ne pourrait quoi qu'il en soit pas tenir compte dans le cadre de la présente procédure.

Force dès lors est de constater que le dossier médical de l'assuré ne contient aucun élément en l'état qui viendrait sérieusement contredire le point de vue du Dr M_____ et qui justifierait de s'écarter de ses conclusions bien motivées, voire simplement qui fasse apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire.

C'est à juste titre que l'intimé a fondé son appréciation sur le rapport d'expertise, puisque ce dernier satisfait aux conditions posées par la jurisprudence et que les appréciations des Drs L_____ et N_____ ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions prises par l'examinateur. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

9. 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).

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 ; 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. Avec l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI le 1er janvier 2004, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente sont demeurées inchangées.

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; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

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).

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle de l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

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.

10. S'agissant du revenu avec invalidité, il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur les salaires (ESS), année 2004, dès lors que l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative. Ainsi, compte tenu de

l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré dans une activité légère et adaptée de type industriel ou des services, 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. A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. L'intimé a dûment admis un abattement de 10%, en raison du fait qu'une activité légère seule était possible.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'OCAI s'est fondé sur le revenu moyen réalisé par l'assuré les deux dernières années durant lesquelles il a travaillé en dernier lieu, revenu réactualisé 2004.

En comparant le revenu statistique d'invalide, avec le revenu sans invalidité, aucune perte de gain ne peut être mise en évidence, ce qui représente un degré d'invalidité nul, ne donnant dès lors droit à aucune prestation AI.

L'OCAI s'est à juste titre demandé si le revenu sans invalidité ne devait pas tenir compte du fait que, dans une certaine mesure, selon les déclarations de l'assuré, la réduction de son temps de travail était également due, déjà, à son état de santé, et pas seulement au marché économique de l'emploi. Il y a toutefois lieu de constater que le résultat que l'on obtiendrait avec un salaire sans invalidité correspondant même à un plein temps ne permettrait pas non plus l'octroi d'une rente. Dès lors le calcul auquel a procédé l'OCAI doit être confirmé.

Aussi le recours, mal fondé, 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