RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/589/2005 **ATAS/591/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 juin 2006

En la cause

Monsieur M_____, domicilié MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GAVIN Catherine	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente

Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 1957, originaire de l'ex-Yougoslavie, marié et père de six enfants, est en Suisse depuis 1987. Il a suivi sa scolarité dans son pays jusqu'à l'âge de 17 ans, après quoi il a aidé ses parents dans les travaux agricoles. En Suisse, il a été engagé comme manœuvre dans la construction, d'abord chez X_____ puis, après une période de chômage, auprès de l'entreprise de construction Y_____dès 1994.

2. Le 17 novembre 2001, l'intéressé est mis en arrêt de travail en raison de douleurs abdominales et d'une hématurie macroscopique. Il n'a plus repris le travail depuis lors.

3. Le 13 janvier 2003, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) sollicitant des mesures médicales de réadaptation.

4. A la demande de l'OCAI, la Permanence de Cornavin SA a établi un rapport en date du 21 mars 2003 attestant d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 17 novembre 2001, en raison d'une hypertension artérielle essentielle résiduelle ayant nécessité plusieurs hospitalisations, de problèmes uro-prostatiques, de gastrite, d'un diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux, d'une hypercholestérolémie et d'une pneumopathie de la base gauche depuis le 9 janvier 2001 chez un gros fumeur. L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, le patient subissant une diminution de rendement de 100 % et une autre activité n'est pas envisageable. Le rapport mentionne un essai de reprise de travail pour le 1er juin 2003.

5. Le Dr A_____ _a adressé un rapport à l'OCAI en date du 11 juin 2003. Il a posé le diagnostic de douleurs abdominales, colopathies, tout en précisant qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail liée au problème gastéro-digestif.

6. A la demande de l'OCAI, la Permanence de Cornavin SA lui a communiqué les divers rapports médicaux et d'examens pratiqués par les (ci-après "établissement hospitalier") lors des hospitalisations de l'assuré, ainsi que les rapports des examens Echo-Doppler des vaisseaux du cou effectués en mars 2003 par son service d'angiologie.

7. Dans un avis médical du 2 février 2004, le Dr. B_____, du Service médical régional AI SMR LEMAN, relève qu'à part l'atteinte pulmonaire, aucune des atteintes à la santé que présente le patient n'explique une diminution de la capacité de travail. S'agissant toutefois d'une polypathologie avec une possible conjonction d'influences sur la capacité de travail, le SMR LEMAN a proposé de confier une expertise de médecine interne au Dr C_____, lequel est libre, en cas de besoin, de compléter son examen par une exploration psychiatrique.

8. Mandaté par l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a expertisé l'assuré. Dans son rapport du 10 juin 2004, il indique avoir examiné l'assuré à cinq reprises et avoir demandé un examen pneumologique et un échocardiogramme. Il a également pris contacts avec divers services des "établissement hospitalier" et a complété le dossier par les photocopies des rapports reçus. Il a posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : lithiases rénales calicielles des deux reins, occasionnant de rares épisodes d'hématurie, douleurs abdominales sur colopathie fonctionnelle probable, hypertension artérielle essentielle, actuellement normalisée sous traitement médicamenteux, diabète sucré de type II, non insulino-requérant, sans complication, peu équilibré, surcharge pondérale et tabagisme chronique. Dans ses conclusions, l'expert relève que le patient jouissait d'une bonne santé apparente jusqu'à ce qu'il présente, dans un contexte dont on ne sait rien, en novembre 2001, des douleurs abdominales. Le contexte familial et social est difficilement investigable, le patient n'entrant pas en matière. Bien que le patient puisse être perçu comme triste, la présentation n'évoque pas d'état dépressif, ni anxieux. Le patient a subi de nombreuses consultations de médecine générale et spécialisée. Il n'y a pas de complication du diabète, la dyspnée d'effort est due à une syndrome pulmonaire obstructif de degré modéré et nécessiterait un arrêt du tabac afin de prévenir sa progression. L'hypertension artérielle est de type essentiel, actuellement bien équilibrée sous traitement. Les épisodes d'hématuries macroscopiques sont en relation avec la présence de lithiases rénales situées au niveau des calices rénaux qui ne sont susceptibles d'aucune complication en dehors de rares épisodes d'hématuries, qui n'ont jamais été confirmées lors des consultations médicales de ces dernières années. Les douleurs provoquées par une calcification qui se détache sont toujours transitoires. Les douleurs abdominales que présente le patient ne correspondent ni à la clinique du côlon spastique, ni à celle de la lithiase rénale. L'expert évoque l'hypothèse que la représentation que l'assuré se fait de la maladie et l'épisode d'hématurie traumatique de 1997 soient vécus comme une menace pour la survie future, en résonance avec des deuils familiaux précoces. Cette représentation craintive majore nettement les symptômes.

   En conclusion, l'expert indique que seule la dyspnée d'effort a valeur de maladie et entraîne une influence sur l'activité exercée jusqu'ici, qui n'est plus exigible. La capacité de travail est en revanche de 100 % dans un travail sédentaire, comportant une sollicitation physique et des ports de charges modérés, ce sans diminution de rendement. Une incapacité de travail de 20 % au moins était à signaler du 17 novembre 2001 à fin novembre 2002, date à laquelle l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée, vu la stabilisation. Des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas nécessaires, seul un traitement de physiothérapie respiratoire pourrait être institué.

9. Le service de réadaptation de l'OCAI a procédé à l'examen du cas. Après comparaison des gains, il a retenu un degré d'invalidité de 15 %.

10. Par décisions séparées du 15 décembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.

11. L'intéressé a formé opposition en date du 24 janvier 2005, alléguant que son état de santé n'a cessé de se dégrader ces dernières années. Il a joint un certificat établi le 19 janvier 2005 par son médecin traitant, le Dr. D_____de la Permanence de Cornavin SA, selon lequel toutes les pathologies agissent de concert pour rendre une éventuelle activité sociale impossible. De surcroît, l'état de santé s'aggrave, de sorte qu'une prise en charge de type invalidité est obligatoire.

12. Le 1er février 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, annulé ses décisions du 15 décembre 2004 (sic), admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er novembre 2002 et enfin, a maintenu son refus du droit à la rente ainsi que du droit à l'observation professionnelle en raison d'un manque à gagner évalué à 15 %.

13. Représenté par Me Catherine GAVIN, l'intéressé a interjeté recours le 14 mars 2005. Il conteste le rapport d'expertise, considérant que le Dr C_____ n'a pas expliqué pourquoi la seule affection retenue qui limiterait la capacité de travail serait la dyspnée d'effort. De l'avis des médecins traitants ainsi que des différents experts qu'il a consultés, l'accumulation des troubles dont il souffre rend impossible toute activité professionnelle. Il fait valoir qu'il a pris contact avec la Fondation Intégration pour Tous, laquelle ne peut donner suite à sa demande avant plusieurs mois, de même qu'avec l'association Réalise qui lui a répondu par courrier du 22 février 2005 qu'un stage de réinsertion semblait inadapté et pour le moins prématuré, dans la mesure où il leur était apparu très malade et que pour de multiples causes, il n'était pas du tout en état d'entreprendre une telle démarche. Il considère que l'expertise n'a pas valeur probante. Il sollicite une comparution personnelle, la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire et, sur le fond, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 17 novembre 2002.

14. A la demande du greffe du Tribunal de céans, l'OCAI a communiqué copie de l'attestation de la Poste relative à la notification de la décision sur opposition.

15. Dans sa réponse du 21 avril 2005, l'OCAI conclut préalablement au rejet de la demande de comparution personnelle et d'expertise. Sur le fond, il relève que l'expertise réalisée par le Dr C_____ remplit toutes les exigences requises pour se voir attribuer pleine valeur probante, que le certificat du médecin traitant produit en cours de procédure par le recourant n'apporte rien de nouveau et conclut au rejet du recours.

16. Par réplique du 6 juin 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit notamment copie d'un rapport établi le 31 mai 2005 par la Dresse E_____et

le Dr F_____, aux termes duquel une prise en charge de type invalidité est nécessaire.

17. Le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 19 octobre 2005. Le recourant a précisé qu'il s'était rendu à une séance d'information à Intégration pour tous et qu'il s'était rendu au Centre d'intégration professionnelle, qui n'ont pas pu entrer en matière compte tenu de son état de santé. L'OCAI a déclaré qu'il maintenait sa position, mais qu'il était ouvert à la mise en place d'une mesure de placement.

18. Par ordonnance du 19 octobre 2005, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause d'accord entre les parties.

19. Par courriers des 19 décembre 2005 et 29 janvier 2006, la mandataire du recourant a communiqué copies de ses rappels adressés à l'OCAI.

20. Le 13 mars 2006, le recourant a sollicité la reprise de l'instruction, relevant qu'il n'a eu qu'un seul entretien à l'OCAI en novembre 2005. Il produit copies de rapports des "établissement hospitalier" datés des 17 et 20 février 2006, relatifs à une crise cardiaque qu'il a présentée le 8 février 2006.

21. Le Tribunal a repris l'instruction de la cause et invité l'OCAI à se déterminer.

22. Dans ses écritures du 10 avril 2006, l'OCAI a expliqué que contrairement aux allégués du recourant, il avait donné suite à ce qui avait été convenu lors de l'audience de comparution personnelle en le convoquant, dès le lendemain, à un entretien pour le 29 novembre 2005 auquel il devait apporter une liste de documents. Or, lors de l'entretien, non seulement le recourant n'avait pas apporté les documents, mais il avait d'emblée démontré son absence totale de motivation dans la recherche d'emploi. Il semblait par ailleurs qu'il était sous l'emprise de l'alcool. L'OCAI a joint copies de la note d'entretien du collaborateur "emploi" ainsi que de la note de travail rédigée par un cadre du service. Le mandat de placement a en conséquence été clôturé de façon provisoire, eu égard à la possibilité que l'assuré se manifeste avant six mois. Pour le surplus, l'OCAI relève que les certificats produits par la mandataire du recourant se rapportent à des faits postérieurs à sa décision et conclut au rejet du recours.

23. Le recourant s'est déterminé par écritures du 4 mai 2006. Il conteste formellement avoir été sous l'emprise de l'alcool, alléguant qu'il ne boit quasiment jamais, et que s'il titubait, c'est en raison des vertiges dont il souffre. Il souligne la mauvaise foi de l'OCAI et persiste pour le surplus à demander la mise en œuvre d'une expertise.

24. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 11 mai 2006 et la cause gardée à juger.

25. Pour le surplus, les divers allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier seront repris de façon détaillée dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La 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). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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).

   Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment sous forme de mesures professionnelles ou de rente.

   Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou

mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). 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, 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, entré en vigueur le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

5. 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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).

Par ailleurs, selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant

(VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

6. En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant souffre de diverses pathologies pour lesquelles les Drs G_____ _et D_____ de la Permanence de Cornavin SA l'ont mis en arrêt de travail total depuis le 17 novembre 2001.

Le Dr Constantin ISSARIS, spécialiste FMH en urologie, a indiqué que le recourant présentait des lombalgies bilatérales de type colique néphrétique, un status cinq ans après urétro-rénoscopie pour calcul pyélique droit et une prostatite. Il a précisé cependant qu'il n'y avait pas d'arrêt de travail pour son problème urologique. Du point de vue digestif, le recourant a été examiné par le Dr A_____qui a fait pratiquer divers examens, dont une colonoscopie. Il a retenu les diagnostics de douleurs abdominales, constipation, retentissement d'une colopathie fonctionnelle et d'un dolicolon, pathologies sans répercussion sur la capacité de travail. Aux "établissement hospitalier", le recourant est suivi pour une HTA résistante ; eu égard à la normalisation des valeurs de la tension durant l'hospitalisation en 2003 sous traitement bien conduit, le Dr H_____, chef de clinique de la division de néphronologie, a évoqué comme étiologie la plus probable une non compliance. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Sur la base du dossier, le médecin du SMR a considéré qu'à part l'atteinte pulmonaire, aucune des pathologies ne peut expliquer l'incapacité de travail. Toutefois, en présence d'une polypathlogie, il a proposé de confier une expertise de médecine interne au Dr C_____, afin de vérifier la possible conjonction d'influences sur la capacité de travail.

Le Dr C_____ a examiné le recourant à cinq reprises du 29 mars au 28 mai 2004, réuni les documents médicaux des divers services des "établissement hospitalier" et fait procéder à un examen pneumologique par le Dr I_____, spécialiste FMH en pneumologie. Il a encore adressé le recourant au Dr J_____, spécialiste FMH en cardiologie, pour un échocardiogramme. Dans son rapport d'expertise du 10 juin 2004, le Dr C_____ indique qu'à l'examen clinique, le patient paraît en bon état général, paraissant plus que son âge en raison d'un teint qui frappe par l'absence de couleur. De bonne présentation, sans particularité à la première consultation, on est frappé par la modification du comportement dans les suivantes, le patient se montrant plus plaintif, moins spontané, la démarche est devenue plus lente et précautionneuse. L'anamnèse se révèle laborieuse quant à la précision des symptômes, les circonstances les favorisant, etc., et sur questions précises, il ne peut que répéter les mêmes mots.

L'auscultation cardiaque n'a pas révélé d'oedème, le status neurologique est normal, le status ostéo-articulaire révèle des mouvements d'une amplitude normale. L'hypertension artérielle d'origine essentielle est traitée de façon optimale et stabilisée actuellement avec la bonne compliance médicamenteuse, le diabète non insulino-requérant est sans complication, bien que peu équilibré ; à cet égard, l'expert relève que le traitement médical consiste en une activité physique régulière et un régime hypocalorique visant à réduire le poids. Du point de vue urologique, les épisodes d'hématuries ne nécessitent actuellement aucun autre traitement, une surveillance spécialisée une à deux fois par année étant seule indiquée. L'examen ultrasonographique pratiqué n'a pas corroboré le rapport du Dr K_____en ce qui concerne la rétention urinaire chronique. La consultation de pneumologie effectuée par le Dr I_____ a révélé un syndrome obstructif chronique, de degré modéré, avec hypoxémie et un tabagisme chronique. En définitive, l'expert conclut que seule la dyspnée d'effort entraîne des répercussions sur la capacité de travail et doit être prise en compte: l'activité exercée auparavant n'est plus exigible, mais dans une activité adaptée respectant les limitations physiques, c'est-à-dire sédentaire, comportant une sollicitation physique et des ports de charges modérés, la capacité de travail du recourant est entière dès le mois de novembre 2002. L'expert souligne que la présente demande a joué un rôle d'arrêt en attente de décision et que l'absence de sollicitation de la part des médecins consultés est à cet égard étonnante.

7. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise, alléguant que le Dr C_____ a été mandaté par l'OCAI en dehors de toute procédure contradictoire, de sorte qu'il ne peut revêtir que la qualité de médecin-conseil. Il soutient encore que le Dr C_____ n'a pas tenu compte de l'effet cumulatif des différents troubles dont il souffre, contrairement à son médecin traitant qui le suit régulièrement depuis 2001.

   Ces arguments ne résistent pas à l'examen. En effet, l'intimé a informé le recourant par communication du 16 février 2004, qu'il estimait nécessaire de procéder une expertise médicale auprès du Dr C_____ et lui a accordé un délai de dix jours pour faire valoir, le cas échéant, des motifs de récusation. Le recourant n'a émis cependant aucune objection quant à la désignation de l'expert.

   Pour le surplus, contrairement à l'avis du recourant, le rapport d'expertise doit se voir attribuer pleine valeur probante; en effet, le Dr C_____ a procédé à un examen clinique minutieux, a demandé des examens de laboratoires détaillés et des consultations spécialisées auprès d'un pneumologue et d'un cardiologue. Pour compléter le dossier, il a requis des rapports de différents services des "établissement hospitalier". L'expertise comporte une anamnèse et une description détaillées des troubles que présente le recourant. L'expert a pris en compte ses plaintes et a procédé à une analyse complète de la situation médicale, expliquant pour quelles raisons seule la dyspnée d'effort devait être retenue quant aux

répercussions sur la capacité de travail. Les conclusions de l'expert sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'en écarter.

A cet égard, les rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure n'y changent rien, dès lors qu'ils n'apportent rien de nouveau. Les conclusions du recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise s'avèrent mal fondées.

S'agissant du rapport des "établissement hospitalier" du 17 février 2006 relatif à l'hospitalisation du recourant pour un problème cardiaque, il convient de rappeler que le Tribunal statue sur les faits déterminants jusqu'au moment de la décision litigieuse et que les faits nouveaux survenus postérieurement doivent faire l'objet, le cas échéant, d'une demande de révision.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2002.

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

Selon les documents fournis par l'employeur, le recourant réalisait, en 2002, un gain annuel de 56'251 fr.

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 2002 de 4'800 fr. que peut réaliser un homme pour une activité simple et répétitive de 40 heures dans l'industrie manufacturière (ESS 2002, TA 1, secteur 15-37, niveau 4), soit 5'004 fr. pour 41,7 heures habituelles (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2), le salaire

annuel doit être fixé à 60'048 fr. pour une activité exercée à plein temps. Lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64). En l'occurrence, l'intimé a opéré un abattement de 20 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, de son âge et de sa nationalité; le Tribunal n'a pas de motif de s'écarter de cette appréciation, de sorte que le gain d'invalide s'élève à 48'038 fr.

Si l'on compare ce montant avec le revenu réalisé avant invalidité, on obtient un degré d'invalidité de 14,6 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à des mesures de réadaptation, le seuil de 20 % admis par la jurisprudence n'étant pas atteint.

9. Il reste à examiner le droit du recourant à une aide au placement. Le juge des assurances sociales doit prendre en considération les modifications du droit jusqu'à la date déterminante de la décision litigieuse - en l'espèce, la décision sur opposition du 1er février 2005 - (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).

Or, l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4ème révision de la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). Aux termes du nouvel art. 18 al. 1 LAI, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont notamment droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Cette modification ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral mais a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également arrêt L. du 29 mars 2005, I 776/04). La nouvelle teneur de l'art. 18 al. 1 LAI a été adoptée par le Conseil national - suite au retrait d'une proposition plus contraignante encore pour les offices AI - sans discussion (BO CN 2001, p. 1935). Lors du plenum du Conseil des Etats, la rapporteure de la Commission a recommandé d'adopter la proposition -

ce qui a été le cas sans discussion - notamment en raison du fait que cette nouvelle disposition constituait une base juridique contraignante pour l'activité de placement des offices AI (BO CE 2002 p. 756). L'art. 18 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (cf. ATFA du 22 septembre 2005 I 54/05).

En l'espèce, lors de l'audience du 19 octobre 2005, l'intimé s'était déclaré ouvert à une telle mesure, ce que le recourant avait accepté. Il s'avère cependant qu'après avoir été convoqué par le coordinateur emploi de l'intimé le 29 novembre 2005, une telle mesure n'a pu être mise en place, le recourant se déclarant d'emblée inapte à toute activité. Au terme de l'entretien, il a été convenu que le recourant reprendrait contact avec le service compétent dès que sa situation personnelle lui permettrait d'entrer dans une démarche de recherche d'emploi.

Force est de constater qu'en l'état, une telle mesure ne peut entrer en ligne de compte.

10. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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