RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/674/2005 **ATAS/1012/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 22 novembre 2005

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à Chêne-Bourg - Genève	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur T_____, genevois, né en 1969, célibataire et sans enfant, a suivi l'école primaire et le cycle d'orientation, puis a débuté un apprentissage de cuisinier qu'il a abandonné pour celui de peintre en bâtiment avec obtention d'un CFC en 1983.

2. Il a ensuite travaillé dès le 2 septembre 1983 et pendant près de 22 ans comme peintre auprès de l'entreprise X_____.

3. Un premier accident est survenu en 1998 avec une chute dans des escaliers ayant entraîné une fracture par tassement des vertèbres D7. Depuis lors, il a souffert de douleurs persistantes.

4. En date du 24 novembre 1999, alors que l'assuré se trouvait en Egypte, il a glissé lors de la descente vers la chambre funéraire d'une pyramide et s'est réceptionné avec le genou droit plié, d'où une entorse à celui-ci. Il a été soigné à son retour par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne.

5. Le 10 février 2000, dans le cadre de son travail, sa jambe droite a glissé entre les marches d'une échelle. Il a ressenti des douleurs derrière le genou droit.

6. Suite à ce troisième accident, dans un rapport LAA daté du 3 mai 2000, le Dr A_____, a exposé avoir constaté un défaut d'extension du genou droit. Il a souligné que les examens radiologiques n'avaient rien révélé. Son diagnostic étant indéterminé, il avait adressé le patient pour suite de traitement au Dr Etienne B_____.

7. Le 31 mars 2000, le Dr B_____ a fait état d'une éventuelle petite déchirure méniscale non évidente à l'IRM et a demandé au Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de recevoir le patient en vue d'une arthroscopie.

8. Le Dr C_____ a diagnostiqué une suspicion de lésion méniscale du genou droit après arthroscopie de celui-ci.

9. Le Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné le patient en date du 8 novembre 2000. L'assuré lui a déclaré que son genou enflait avec l'activité physique et qu'il avait des douleurs persistantes à l'effort. Il a ajouté que la position agenouillée était difficile à maintenir et qu'il manquait de stabilité sur une échelle. Il pratiquait de la physiothérapie.

   Le Dr D_____ a constaté que l'épanchement articulaire de type mécanique persistait et que cette symptomatologie, malgré les investigations approfondies, n'avait pu être expliquée pour l'instant. Toutefois, elle s'améliorait progressivement. Il a

estimé que la capacité de travail de l'assuré dans le métier de peintre en bâtiment était de 50%.

10. Lors d'un nouvel examen par le Dr D_____ en date du 2 mars 2001, celui-ci a constaté que la situation ne se modifiait plus. Deux résonances magnétiques ainsi qu'une arthroscopie n'avaient pas réussi à identifier l'origine du problème qui toutefois persistait. Il a considéré que la capacité de travail dans le métier de peintre était toujours de 50% mais qu'une amélioration restait possible.

    Le Dr E_____, chirurgien orthopédiste, a confirmé cette estimation en précisant que dans une autre activité l'assuré pourrait travailler huit heures par jour. De même, selon le Dr B_____, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans son activité accoutumée et de 100% dans une activité adaptée.

11. Le 24 avril 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente en raison d'un tassement de vertèbres et d'une lésion au genou.

12. Le 22 avril 2002, l'office cantonal AI (ci-après OCAI) a proposé de soumettre l'assuré à une mesure d'instruction sous la forme d'un stage d'observation professionnelle (stage OSER), du 6 mai au 1er septembre 2002, constatant que l'évolution était stationnaire et que les diagnostics posés par les médecins consultés étaient les suivants :

    - Chondropathie fémoro-tibiale interne post-traumatique
    - Gonarthrose droite post-traumatique
    - Deux arthroscopies sans geste chirurgical en juin 2000 et en avril 2001
    - Ancien tassement D7 post-traumatique (1998).

    Dans son rapport du 22 août 2002, le centre d'intégration professionnelle (CIP) a indiqué que son service OSER avait conclu à la possibilité de réadapter l'assuré. La capacité de travail de l'assuré était entière, étant entendu qu'il devait éviter le port de charges lourdes et qu'il ne tenait pas dans les positions statiques, surtout debout, plus d'une heure à deux heures d'affilée. Il lui fallait un poste de travail lui permettant l'alternance des positions. Il a été souligné que l'assuré montrait un bon engagement et que son discours était clairement orienté vers la reprise d'une activité professionnelle pour autant que celle-ci tienne compte de ses atteintes à la santé (jambes, dos). L'assuré avait effectué un stage aux SIG à Genève dans le domaine de l'entretien et de la conciergerie et les premiers résultats avaient été encourageants. En conséquence, le CIP a proposé d'accorder à l'assuré une prolongation de la mesure pour une durée de trois mois sous la forme d'un nouveau mandat, afin de terminer le stage en cours, en organiser éventuellement d'autres et mettre en place un projet professionnel.

    En date du 16 septembre 2002, l'OCAI a informé l'assuré que, pour faire suite au stage OSER, il serait mis au bénéfice d'un stage d'orientation de trois mois chez ESPACE (CIP) du 16 septembre 2002 au 15 décembre 2002.

Au terme de cette prolongation, le service ESPACE (CIP) a conclu que l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail en tant qu'employé dans un EMS (homme chargé de l'entretien, assistant technique). Il a proposé une formation en entreprise de 18 mois, accompagnée de cours techniques spécifiques à l'EMS Le Prieuré dès le 16 décembre 2002 et recommandé un petit bilan semestriel.

13. Par décision du 3 mars 2003, l'OCAI a informé l'assuré qu'il lui accordait un nouveau reclassement professionnel en entreprise dans un poste d'entretien dans un EMS du 16 décembre 2002 au 20 juin 2004 et prenait en charge des cours de technologie de l'électricité et de l'électronique ainsi que des cours sur les normes électriques NIBT 2000.

    Le 2 octobre 2003, l'OCAI a également mis l'assuré au bénéfice de cours d'initiation au chauffage ainsi que de cours de tournage et montage vidéos.

14. Le 27 avril 2004, l'OCAI a demandé des renseignements médicaux complémentaires au Dr B_____, médecin traitant, l'assuré s'étant plaint de douleurs plus importantes au genou.

    Dans son rapport du 18 juin 2004, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient depuis 2002, de sorte que l'incapacité de travail dans le cadre de la profession de peintre était de 70% et que, dans une profession adaptée, si une activité à plein temps était exigible, le rendement était réduit de 50%. Il a suggéré une expertise qui permettrait d'évaluer la capacité de travail restante après le stage AI.

15. Sur mandat du service médical régional AI (SMR), le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie, a entendu et examiné l'assuré les 30 août et 16 septembre 2004 aux fins d'expertise.

    Dans son rapport du 4 octobre 2004, l'expert a précisé que, suite à sa formation d'agent de maintenance dans un EMS du début 2003 à fin juin 2004 (mesures de reclassement), l'assuré, n'ayant pas retrouvé de travail, était au chômage depuis le 30 juin 2004 et à la recherche d'un emploi.

    Sur le plan médical, plus aucun traitement n'était en cours sauf des antalgiques et des anti-inflammatoires, à la demande, en fonction des douleurs du dos et du genou.

    L'assuré se plaignait de la persistance de douleurs permanentes, d'intensité fluctuante, situées dans la région dorsale inférieure et lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs. Ses douleurs avaient tendance à augmenter lors des changements de temps et les positions statiques prolongées, en particulier assise

ou debout, étaient mal tolérées. Par ailleurs, il ne pouvait porter de charges dépassant 5 kilos.

En ce qui concernait le genou droit, l'évolution était plutôt favorable.

L'examen clinique n'avait rien révélé de particulier si ce n'est une accentuation de la cyphose dorsale sans cependant de limitations fonctionnelles, mais radiologiquement, le mur antérieur de D7 avait perdu 50% de sa hauteur et entraînait localement (sur le disque D7-D8) une hyper-cyphose de 35°.

Selon l'expert, le principal facteur limitant l'activité professionnelle était les séquelles de la fracture de la D7 qui entraînaient des dorsalgies permanentes et rendaient impossible le port de charge dépassant 5 à 10 kilos. Il lui apparaissait, au vu du status actuel, qu'une activité d'agent de maintenance en EMS était exigible à un horaire normal de 8 heures par jour, pour autant que l'assuré puisse éviter tous les travaux de force, le port de charges dépassant 5 à 10 kilos et que le travail permette des changements de positions assise et debout réguliers. Dans de telles conditions, avec une activité adaptée, le pronostic lui paraissait excellent.

16. Le SMR, en date du 1er novembre 2004, a pris acte de ce que le Dr F_____ confirmait que la capacité de travail exigible dans la nouvelle activité d'agent de maintenance était entière et ce, malgré les réticences de l'assuré qui craignait de ne pouvoir assumer un 100%.

17. Considérant que l'assuré était reclassé de façon adéquate, par décision du 25 novembre 2004, l'OCAI a informé l'assuré que, dès lors qu'il subissait une perte de gain inférieure à 2% entre son ancien salaire de peintre en bâtiment et son nouveau salaire possible en qualité d'employé de maintenance, il pouvait réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

18. Par lettre recommandée du 13 décembre 2004, l'assuré a formé opposition à la décision de l'AI et sollicité que lui soient communiqués les rapports des médecins AI, précisant qu'il avait rendez-vous avec son médecin traitant et son avocat.

    Le 23 décembre 2004, il a indiqué à l'OCAI que, son médecin traitant confirmait qu'il avait toujours des blocages récidivants et des douleurs persistantes et chroniques du dos malgré plusieurs absorptions journalières de médicaments. De ce fait, concernant les activités professionnelles sédentaires, il ne pouvait plus assumer un rendement supérieur à 50% (demi-journée).

19. Par décision sur opposition du 31 janvier 2005, l'OCAI a rappelé à l'assuré qu'il s'était fondé sur l'expertise effectuée par le Dr F_____ en date du 4 octobre 2004 et a exposé que, d'un point de vue objectif, il n'y avait aucune diminution de rendement ni aucune diminution de la capacité de travail dans l'activité actuelle qui était adaptée. Les arguments soulevés dans l'opposition n'étaient pas

susceptibles de modifier son point de vue. Par conséquent, il a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 25 novembre 2004.

20. Le 24 février 2005, l'assuré a informé l'OCAI que l'office cantonal de l'emploi (OCE) avait demandé une réévaluation du taux de travail à 100% auprès de l'atelier COPYRART ou à l'atelier de l'hôpital Beau-Séjour et qu'il avait rendez-vous chez le Dr Bernard GREDER (médecin-conseil de l'OCE) le 28 février 2005. Par ailleurs, il a relevé que l'OCAI ne s'était basé que sur l'accident de novembre 1999 (genou droit) et que l'on avait oublié l'accident de juillet 1998 (colonne vertébrale).

    Par courrier du 4 mars 2005, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans ce courrier que l'assuré avait intitulé « recours ».

21. Invité à faire connaître ses conclusions, le 18 mars 2005, le recourant a indiqué que, dans la reconversion professionnelle en tant qu'agent de maintenance, il ne pouvait assumer qu'un rendement de 50% selon le cahier des charges de ce poste, de sorte qu'il sollicitait une rente d'invalidité.

22. Dans son préavis du 25 avril 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

23. Dans sa réplique du 23 mai 2005, le recourant a maintenu ses conclusions du 18 mars 2005, demandé qu'une nouvelle expertise soit ordonnée et qu'une rente de 50% lui soit allouée.

24. Le 14 juin 2005, l'OCAI a déclaré qu'il n'avait aucune remarque à formuler et qu'une expertise complémentaire telle que demandée n'apparaissait pas nécessaire.

25. Sur demande de l'OCE, le recourant a accompli un stage dans un atelier de réadaptation professionnelle (HUG) du 4 au 8 juillet 2005 à 100% puis du 11 juillet au 2 août 2005 à 50% sur arrêt maladie.

    Il est ressorti du rapport établi le 30 septembre 2005 que le recourant avait beaucoup de peine à se positionner sur le niveau de sa capacité de travail. Toutefois, son dernier emploi, pour autant que certaines limitations soient prises en compte, restait la meilleure option car il respectait le besoin nécessaire de changement de position, les contacts humains qui lui étaient indispensables et la valorisation de son côté « homme à tout faire ».

    Les spécialistes ont estimé que dans ces conditions, l'aptitude au placement leur paraissait exigible, sous réserve de l'avis de ses médecins. Le rendement du recourant se situait aux environs de 60-70% sur un plein temps atelier, mais pouvait augmenter à 80% au minimum sur un mi-temps.

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

27. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

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. 56 V 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 de l'assurance-invalidité. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur. En l'espèce, la demande ayant été déposée avant le 1er janvier 2003, les dispositions légales s'appliqueront dans leur ancienne teneur et seront dès lors citées par la suite dans celle-ci.

4. Interjeté le 24 février 2005 contre la décision sur opposition notifiée le 31 janvier 2005 par l'OCAI, le recours est recevable à la forme conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. L'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a refusé au recourant l'octroi d'une demi-rente AI.

6. 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 (cf. également art. 8 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur valable 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 une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, est pris en compte 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.

Au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc élucider d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 212 s., 99 V 48). L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI).

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI). Est réputé invalide, au sens de l'art. 17 LAI, celui dont la diminution de la capacité de gain atteint un certain seuil, un taux de 20 % étant jugé suffisant par la jurisprudence (ATF 124 V110 consid. 2b). Par ailleurs, les mesures de reclassement ne seront octroyées que si elles sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée qui exerçait une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références, 122 V 79 consid. 3b/bb; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans

formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

7. En l'espèce, l'intimé a rempli son obligation de réintégrer le recourant dans le circuit économique, en prenant à sa charge un reclassement professionnel du 16 décembre 2002 au 30 juin 2004 (art. 17 al. 1 et 28 al. 2 LAI). A cette date, il a mis un terme aux mesures de reclassement et a soumis l'assuré à une expertise médicale afin de pouvoir déterminer l'exigibilité dans la nouvelle profession.

8. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux 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).

   En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

   Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de

s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

Il sied de rappeler par ailleurs que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

9. En l'espèce, dans leurs rapports respectifs établis en 2000-2001, les Drs D_____, E_____ et B_____ ont estimé la capacité de travail du recourant à 50%, dans son ancienne profession et à 100% dans une activité adaptée. Puis, le 18 juin 2004, le Dr B_____, médecin traitant, a fait état d'une péjoration de l'état du genou ; il a ainsi considéré que dans son ancienne profession, l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 30% et que dans une activité adaptée, il pouvait travailler à 100% mais avec un rendement de 50%.

Le 4 octobre 2004, l'expert mandaté par l'OCAI, le Dr F_____, a estimé, au vu du status actuel, qu'une activité d'agent de maintenance en EMS était exigible à un horaire normal de 8 heures par jour, pour autant que l'assuré puisse éviter tous les travaux de force, le port de charges dépassant 5 à 10 kilos et que l'emploi permette des changements de positions assise et debout réguliers.

L'expert a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, il s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte que l'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été longuement entendu. Son état de santé a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport est circonstancié et l'expert est parvenu à des conclusions claires. Le Tribunal constate ainsi que c'est à bon droit que l'autorité intimée s'est ralliée aux conclusions de l'expert pour retenir une capacité de travail de 100 % dans une profession adaptée. En effet, en l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise et dans la mesure où le rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante.

Il a été notamment établi sans équivoque que l'évolution du genou droit était favorable, contrairement aux plaintes formulées par l'assuré en début d'année et

aux constatations de son médecin traitant en juin 2004, selon lesquelles l'état du genou se péjorait depuis 2002.

A cet égard, le Tribunal relève qu'aucune difficulté particulière n'a été rencontrée lors des différents stages effectués par le recourant pendant son reclassement professionnel du 16 décembre 2002 au 30 juin 2004 (selon les rapports rédigés à l'issue de chacun d'eux).

Certes les spécialistes de l'atelier de réadaptation professionnelle ont-ils quant à eux considéré, dans leur rapport du 30 septembre 2005, qu'une profession telle une activité en atelier était exigible à plein temps mais avec un rendement réduit de 60 à 70%. Toutefois, ils ont admis que son dernier emploi (agent de maintenance) restait l'option idéale.

10. Le dossier médical étant au vu de ce qui précède complet, la conclusion du recourant visant à une expertise supplémentaire est mal fondée. Par ailleurs, c'est à tort que le recourant a reproché à l'OCAI de n'avoir pris en compte que ses problèmes au genou. En effet, l'expert a dûment examiné tant les problèmes et douleurs liés au tassement de vertèbres que l'évolution du genou droit.

11. 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.

En l'occurrence, l'OCAI a comparé le salaire que le recourant aurait obtenu sans invalidité en 2004 dans son ancienne profession avec le salaire qu'il obtiendrait, s'il était engagé en qualité d'employé de maintenance dans un EMS, en se basant pour cela sur les ESS 2002 (gain actualisé à 2004). Il est ainsi apparu que le recourant subissait une perte de gain inférieure à 2%. Ce calcul n'a au demeurant pas été contesté.

C'est donc à juste titre que l'OCAI a considéré que l'assuré n'avait plus droit à des prestations AI.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, 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).

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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