RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/837/2007 **ATAS/619/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 31 mai 2007

En la cause

Monsieur T_____, domicilié , GENEVE, représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né le 1956, sans formation, a travaillé en tant qu'aide de cuisine auprès de plusieurs établissements de Genève, depuis son arrivée en Suisse en 1982. Il a travaillé, pour la dernière fois, pour X_____, du 15 mai 2002 au 30 avril 2003.

2. Le 22 décembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OCAI), tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Il alléguait souffrir de douleurs à l'épaule droite depuis quatre ans, ainsi que, notamment, de diabète et de maladies coronariennes. Son médecin traitant était le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne.

3. Interpellé par l'OCAI, l'employeur a exposé que le dernier salaire réalisé par l'assuré s'élevait à 3'300 fr. par mois, pour un horaire hebdomadaire de 42 heures. Les rapports de travail avaient été résiliés pour cause de maladie.

4. L'Office cantonal de l'emploi a fait savoir à l'OCAI, en date du 18 janvier 2005, que l'assuré s'était annoncé à l'assurance-chômage, le 14 juillet 2003, un délai-cadre ayant été ouvert en sa faveur à partir de cette date. Le médecin traitant avait attesté d'une incapacité de travail entière de durée indéterminée dès le 21 janvier 2004.

5. En date du 1er février 2005, le Dr A_____ a exposé à l'OCAI qu'il suivait l'assuré depuis 1988. Celui-ci souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis plusieurs années, ainsi que de diabète de type II traité à l'insuline, de maladie coronarienne, d'atrophie non expliquée des membres supérieurs, d'abcès cervical gauche, de diverticulite du côlon droit, et d'éthylo-tabagisme de longue date, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Le patient avait subi une acromioplastie et révision de la coiffe des rotateurs en août 2004 qui lui avait permis de récupérer la mobilité de l'épaule droite. Toutefois, les douleurs persistaient et une diminution de la force était observée, ce qui ne permettait plus à l'assuré de travailler en tant qu'aide de cuisine. Les autres pathologies évoquées n'avaient en revanche jamais conduit à une interruption de la capacité de travail définitive. En raison des douleurs à l'épaule droite, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et ce dès le 21 janvier 2004. En revanche, dans une activité légère adaptée (coursier, surveillant, etc.), permettant d'éviter le port de charges et l'utilisation des deux bras, la capacité de travail était entière, sans diminution du rendement, à la condition qu'une telle activité existe. Le médecin traitant joignait à son rapport toute une série de pièces médicales en sa possession, à savoir: un rapport d'une Consultation ORL aux "établissement hospitalier" du 28 août 2002, faisant état d'un status post cervicotomie ne nécessitant aucune intervention thérapeutique; un courrier du Dr B_____, rhumatologue, du 26 février 2003, exposant que l'examen clinique était difficile à interpréter de sorte

qu'il n'était pas possible de formuler de diagnostic précis en relation avec les douleurs du membre supérieur droit; un rapport d'IRM cervicale du 20 février 2003 faisant état de données IRM cervicales sans anomalie notable; un rapport du Dr C_____, cardiologue, évoquant une ischémie lors du test d'effort du 20 mars 2003; un rapport du Dr D_____, neurologue, du 12 mars 2003, exposant que l'examen myographique effectué au membre supérieur droit n'avait mis en évidence aucun signe de dénervation de distribution radiculaire; un rapport du département de chirurgie des "établissement hospitalier", du 27 février 2004, résumant une intervention de lipo-aspiration de foyers de lipomatose au niveau de la nuque et des épaules; un rapport du 6 août 2004 du département de médecine interne des "établissement hospitalier" faisant état de valeurs de pressions artérielles diastoliques dites "normales hautes"; deux rapports médicaux du Département de chirurgie des "établissement hospitalier", en relation avec l'acromioplastie et révision de la coiffe des rotateurs intervenue le 17 août 2004.

6. Le 2 décembre 2005, le Dr A_____ a adressé à l'OCAI un rapport médical intermédiaire. L'état de santé était stationnaire. Les douleurs à l'épaule droite persistaient et ne permettaient pas au patient de reprendre son travail de cuisinier, le pronostic à cet égard paraissant mauvais. Le médecin traitant précisait qu'il n'arrivait pas à imaginer une activité qui conviendrait à l'assuré, vu ses capacités et ses handicaps. Il joignait à son évaluation, un rapport d'arthro-IRM daté du 30 mai 2005, qui mettait en évidence, en sus du status post-suture du muscle sus-épineux et acromioplastie, une atrophie du muscle sus-épineux en involution graisseuse débutante, les autres muscles de la coiffe des rotateurs présentant un aspect normal.

7. Dans un avis médical du 19 juillet 2006, la Dresse E_____, du service médical régional AI (ci-après: SMR), a retenu qu'il convenait de compléter l'instruction médicale du dossier en sollicitant l'avis du cardiologue traitant et en demandant au Dr B_____ d'examiner l'assuré et d'établir un rapport rhumatologique complet.

8. Dans un rapport daté du 12 août 2006, le Dr C_____ a signalé l'existence, depuis 2003, d'une maladie coronarienne touchant les petits vaisseaux. Le test d'effort effectué en 2003 s'était avéré anormal. Une réévaluation était intervenue en 2005. Le test d'effort effectué au mois d'octobre 2005 était négatif et la tomoscintigraphie de perfusion du myocarde n'avait montré aucun signe d'ischémie. En conclusion, selon le Dr C_____, la coronaropathie ne participait pas aux plaintes du patient.

9. Le Dr B_____ a examiné l'assuré et établi un rapport d'expertise en date du 21 septembre 2006. Il avait été consulté pour la première fois par l'assuré à la fin de l'année 2000 pour des douleurs persistantes à l'épaule droite. Des traitements anti-inflammatoires et des infiltrations corticostéroïdiennes avaient été prescrits. En 2003, des douleurs à l'épaule gauche ont aussi fait leur apparition. La présence

d'une rupture du sus-épineux de l'épaule droite ayant été confirmée à l'IRM, une acromioplastie et révision de la coiffe des rotateurs était intervenue en août 2004. L'évolution depuis cette intervention avait été partiellement favorable, le patient continuant toutefois à se plaindre de douleurs importantes aux épaules, surtout à droite, associées à un épicondyle droit, réfractaire aux traitements. A l'examen clinique, l'assuré présentait une diminution de la mobilité de l'épaule droite. Selon l'expert, compte tenu de l'anamnèse et de l'examen clinique, il fallait considérer qu'au plan rhumatologique l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans les activités sollicitant beaucoup les membres supérieurs (notamment ports de charges ou mouvements d'élévation), y compris dans l'ancienne activité d'aide de cuisine. En revanche, il lui paraissait qu'il persistait une capacité de travail sur le plan rhumatologique pour des activités plus légères ne nécessitant pas de ports de charges ou des mouvements au-delà de l'horizontale.

10. Dans son avis du 13 novembre 2006, la Dresse E_____ du SMR a retenu que du point de vue cardiologique, la coronaropathie des petits vaisseaux était asymptomatique et non invalidante. Sous l'angle rhumatologique, les douleurs aux épaules entraînaient une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Quant aux autres diagnostics évoqués par le médecin traitant, ils n'entraient pas en ligne de compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. En conclusion, il y avait lieu de suivre l'avis du Dr B_____ et de considérer que l'assuré conservait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'aide de cuisine.

11. Par projet de décision du 7 décembre 2006, l'OCAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations, un délai de trente jours lui étant imparti pour présenter ses objections éventuelles. Selon les constatations médicales, l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En procédant à une comparaison des revenus, même avec un abattement de 25% sur le salaire statistique, le taux d'invalidité s'élevait à 0%. Partant, l'assuré n'avait droit ni à une mesure professionnelle ni à une rente.

12. Par décision datée du 29 janvier 2007, l'OCAI a confirmé le refus de prestations, en reprenant les arguments exposés dans le projet de décision.

13. Le 2 mars 2007, par l'intermédiaire de l'association suisse des assurés (ASSUAS), l'assuré a interjeté recours contre cette décision par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant principalement à l'octroi de prestations ou à la mise en place d'une expertise rhumatologique. Contrairement à l'avis du SMR, le Dr B_____ n'avait pas retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'expert avait déclaré qu'il lui semblait qu'il persistait une capacité de travail sur le plan rhumatologique pour des activités plus légères ne nécessitant pas de ports de charges ni de mouvements des bras au-delà de l'horizontale. Ce faisant,

il s'était exprimé en des termes dubitatifs, et n'avait pas chiffré le taux d'activité exigible dans l'activité adaptée. Par ailleurs, le Dr A_____, dans son rapport du 1er février 2005, avait aussi exprimé des doutes s'agissant des possibilités concrètes de trouver une activité adaptée à l'état de santé du recourant. Enfin, il était pour le moins curieux que le salaire statistique retenu par l'OCAI était pratiquement 50% plus élevé que le dernier salaire réalisé par le recourant.

14. Dans sa réponse du 29 mars 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se référant pour le surplus aux pièces du dossier et aux explications fournies dans la décision querellée.

15. Le 14 mai 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties ainsi que le Dr B_____ en audience de comparution personnelle et d'enquêtes.

    Le Dr B_____ a déclaré qu'il avait vu le recourant pour la première fois en décembre 2000, à la demande du médecin traitant, pour des douleurs aux deux épaules, en particulier à droite, le patient ne présentant toutefois pas de limitations. Dans un premier temps, les examens radiologiques effectués n'ont mis en évidence aucune lésion. La déchirure du tendon n'a été visible qu'ultérieurement à l'IRM et a conduit à une intervention chirurgicale, qui a consisté en la suturation du tendon et en l'ablation de l'excroissance de l'os. Les douleurs avaient persisté après l'opération, avec une limitation de la mobilité de l'épaule droite. Ces douleurs étaient caractéristiques d'une tendinite chronique, alors qu'il n'y avait plus de lésions objectivables. En définitive, l'intervention n'avait rien changé aux plaintes du patient, même si techniquement elle avait réussi. En terme de mobilité, la situation après l'opération était moins bonne qu'avant, dès lors que la mobilité était complète en février 2003 et ne l'était plus au moment de l'expertise de même qu'après. En définitive, le Dr B_____ avait le sentiment que la déchirure du tendon n'était pas réellement la cause des douleurs, qui existaient depuis toujours. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B_____ a précisé que son évaluation de 2006 ne pouvait pas être qualifiée d'expertise; il s'était agi de répondre à une demande de renseignements de l'OCAI. Il n'avait donc pas procédé à une évaluation professionnelle. Compte tenu des douleurs et des limitations, le Dr B_____ a confirmé que le recourant ne pouvait plus travailler en tant qu'aide de cuisine. Il pouvait en revanche effectuer une activité adaptée, légère, qui respecte ses limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité de lever le bras droit au dessus de l'horizontal et de porter de lourdes charges. L'exercice d'une activité adaptée à plein-temps ne paraissait pas à priori incompatible avec l'état de santé du recourant.

    Le recourant a déclaré qu'il recevait des prestations de l'Hospice général et qu'il était toujours suivi par le Dr A_____, pour les problèmes cardiaques, à raison d'une fois par mois. Il ne pouvait rien porter et il avait des douleurs dès qu'il soulevait des objets même de très peu de poids. Il avait des douleurs dès qu'il essayait de faire quelque chose avec ses mains et il passait la plupart de ses

journées à la maison. Par l'intermédiaire de son conseil, il a confirmé qu'il maintenait ses conclusions.

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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

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

2. a) 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la loi (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   b) En l'espèce, le litige porte sur le droit à des prestations à partir, au plus tôt, du 21 janvier 2004 (date du début de l'incapacité de travail significative). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce de même que les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (ATF 127 V 467 consid. 1).

3. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 7 décembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 29 janvier 2007, reçue le 31

janvier, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans, par pli du 2 mars 2007.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière.

6. a) 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. 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; 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des

preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il 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 (ATF 125 V consid. 3b/bb et cc).

c) 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).

7. a) En l'espèce, le recourant présente principalement des troubles rhumatologiques, qui se manifestent par des douleurs aux épaules, en particulier à droite, présents depuis 2000. Selon son médecin généraliste, ces douleurs empêchent la reprise de l'ancienne activité d'aide de cuisine, qui met trop à contribution les membres supérieurs, ce qui a été confirmé par le Dr B_____, rhumatologue, et qui a été aussi retenu par l'OCAI dans la décision querellée.

b) Le Tribunal de céans constate par ailleurs que les médecins consultés concordent, en substance, sur le fait que le recourant est en mesure d'effectuer à plein temps une activité légère qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles. Dans le rapport médical initial, de février 2005, le médecin traitant a retenu qu'une activité légère à 100% (coursier, surveillant, travaux de manutention légers), adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques, était exigible. Le médecin traitant a ensuite évoqué, dans le rapport intermédiaire de décembre 2005, qu'il ne voyait pas quelle activité légère conviendrait au recourant, vu ses capacités et ses handicaps. Cet avis ne paraissait toutefois pas reposer sur des considérations d'ordre médical, l'état de santé du recourant étant demeuré stationnaire par rapport à la précédente évaluation, mais semblait bien plutôt être guidé par des considérations

d'ordre socio-économique, non pertinentes sous l'angle de l'assurance-invalidité (ATFA non publié du 14 février 2006, I 93/05 consid. 4). Une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a aussi été retenue par le Dr B_____, rhumatologue et médecin traitant. Celui-ci, dans son rapport du 21 septembre 2006, a signalé qu'il persistait une capacité de travail sur le plan rhumatologique pour des activités légères ne nécessitant pas de ports de charges ni de mouvements au-delà de l'horizontal. Entendu à titre de témoin, il a confirmé au Tribunal de céans que l'assuré pouvait effectuer une activité adaptée, légère qui respecte ses limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité de lever le bras droit au-dessus de l'horizontal et de porter de lourdes charges, l'exercice d'une telle activité à temps complet ne lui paraissant à priori pas incompatible. Le Dr B_____ a d'ailleurs précisé que seule la lésion du tendon, opérée avec succès, avait constitué le substrat organique objectivable des plaintes du patient.

c) En résumé, sur le plan rhumatologique, le Tribunal de céans est d'avis, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une instruction médicale complémentaire, que si le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité d'aide de cuisine, des activités adaptées et légères sont exigibles, étant précisé que cet avis est, en substance, partagé par le Dr A_____, généraliste, et par le Dr B_____, rhumatologue, qui, en leur qualité de médecins traitants, sont de manière générale plus enclins à prendre parti pour leur patient.

8. Le Dr A_____ a aussi évoqué la présence d'autres affections somatiques, soit d'un diabète, d'une maladie coronarienne, d'une atrophie non expliquée des membres supérieurs, d'un abcès cervical gauche, d'une diverticulite du côlon droit et d'un ethylo-tabagisme de longue date. Le médecin traitant a toutefois précisé que toutes ces pathologies n'avaient jamais conduit à une interruption de la capacité de travail définitive, seules les douleurs à l'épaule étant à l'origine de l'arrêt de travail de longue durée. S'agissant en particulier de la maladie coronarienne touchant les petits vaisseaux, le Dr C_____, cardiologue, a indiqué qu'une réévaluation intervenue en septembre 2005 avait permis de confirmer l'absence d'une ischémie myocardique et de retenir que la coronaropathie ne participait pas aux plaintes du recourant. Quant aux autres affections, elles sont soit guéries (diverticulite, abcès cervical gauche), soit maitrisées (diabète) et, de manière plus générale, non invalidantes.

9. Le Tribunal de céans ajoute, au besoin, qu'aucune des pièces médicales versées au dossier n'évoque la présence d'un trouble somatoforme invalidant au sens de la jurisprudence récente (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2. ss.) ou de tout autre trouble de nature psychiatrique. Admettre l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord qu'un expert (psychiatre) reconnaisse la présence d'un diagnostic s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6), ce qui n'est nullement le cas en l'espèce, aucun des médecins consultés

par le recourant, y compris son médecin traitant, ne faisant état d'une quelconque affection de nature psychique.

10. Le recourant est ainsi en mesure de reprendre une activité professionnelle à temps complet dans une activité adaptée qui tienne compte des contre-indications formulées du point de vue rhumatologique.

11. Il reste à évaluer le taux d'invalidité du recourant.

12. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). 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 (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 2a et 2b).

    b) La méthode de comparaison des revenus est applicable dans le cas particulier et il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente. En l'espèce, l'invalidité est survenue au plus tôt en 2005, soit une année après le début de l'incapacité de travail significative (qui a débuté le 21 janvier 2004; art. 29 al. 1 let. b LAI).

13. a) Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zurich 1997, p. 205 sv.). Il ressort en l'espèce du questionnaire d'employeur que le recourant réalisait, en tant qu'aide de cuisine, un salaire mensuel de 3'300 fr., inchangé en 2003, soit, à l'année, 39'600 fr.

    b) La prise en compte par l'OCAI du dernier salaire réalisé par le recourant, annualisé, de 39'600 fr, n'est ainsi pas critiquable. Ce montant, indexé à l'évolution des salaires jusqu'en 2005 (1.1% en 2004 et 1% en 2005: Evolution des salaires en 2005, Indice des salaires nominaux, hommes, hôtellerie, tableau T1.1.93), s'élève à 40'436 fr.

    c) 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 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). En l'occurrence, on peut se référer au salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), tous secteurs confondus, à savoir, en 2004, un montant mensuel de 4'588 fr. (ESS 2004, TA1, p. 53). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures, Durée normale du travail dans les entreprises selon les sections économiques et les cantons, en 2004), ce montant doit être porté à 4'771.52 fr. par mois, et à 57'258 fr. par an. Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (Evolution des salaires 2005, Indice des salaires nominaux, hommes, tous secteurs confondus, Tableau T1.1.93) en 2005 (0.9%), le salaire annuel statistique de référence en 2005 s'élève à 57'773 fr.

14. a) 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 ss. 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).

    b) En l'espèce, l'OCAI a opéré un abattement maximum de 25%, solution qui paraît particulièrement favorable au recourant, si bien que le gain d'invalide est de 43'330 fr. La comparaison des revenus (40'436 - 43'330] x 100 : 40'436) donne un taux d'invalidité arrondi de -7%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité ni à l'octroi de mesures professionnelles.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe.

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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