REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/849/2006 **ATAS/398/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 11 avril 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ROUVINET Serge	Recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Dominique JECKELMANN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 1954, de nationalité portugaise, est arrivé en Suisse en 1979. L'assuré a travaillé dans le bâtiment depuis l'âge de 11 ans, d'abord au Portugal, puis à Genève. Depuis 1992, il a travaillé essentiellement comme personne de condition indépendante dans le secteur du bâtiment, hormis de 1996 à 1999 où il était salarié de la société X_____ SA, en liquidation.

2. En raison de fortes douleurs dans le dos, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 17 octobre 2001.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 6 juin 2003, le Dr A_____ a indiqué comme diagnostic une discopathie lombaire, avec spondylodèse le 2 avril 2001. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 14 novembre 2000. L'état de santé est stationnaire, mais l'intéressé ne pourra plus exercer de métier physique. Dans le rapport médical annexé concernant les capacités professionnelles, ce médecin indique que l'assuré doit alterner les positions assis/debout, éviter la position à genou, l'inclinaison du buste, la position accroupie, de lever ou porter des charges, se baisser, les mouvements répétitifs des membres ou du dos, le travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sol irrégulier.

4. Le Dr B_____, médecin adjoint de la clinique de neurochirurgie des (ci-après "établissement hospitalier"), a adressé un rapport à l'OCAI en date du 2 février 2004. Il indique avoir convoqué l'assuré ambulatoirement en contrôle et que les suites de sa spondylodèse lombaire sont actuellement plutôt favorables, avec quelques douleurs résiduelles, mais sans signe de compression radiculaire ou de franche diminution de la mobilité lombaire. En revanche, des signes de compression radiculaire C8 droite sont apparus. A son avis, ces éléments nécessitent de reclasser ce patient par rapport à sa profession dans le bâtiment comme maçon; dans une activité légère, sa capacité de travail serait de 100 %.

5. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, motif pris que son degré d'invalidité de 15 % était insuffisant pour ouvrir droit à une rente, mais lui a accordé une aide au placement.

6. Le 16 septembre 2004, l'assuré a formé opposition, alléguant qu'il souffrait depuis 14 ans de douleurs qui l'empêchent de rester dans une position assise ou debout pendant une longue durée. Il fait valoir qu'il ne peut plus travailler dans le bâtiment, son seul métier.

7. Par décision du 7 février 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant que du point de vue médical, il peut exercer une activité légère qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles, à plein temps, comme celle d'ouvrier dans la production

industrielle légère. L'OCAI relève pour le surplus que l'assuré s'est vu accorder des mesures d'ordre professionnel, consistant en une aide au placement, et qu'il lui appartient de contacter l'Office AI pour que celle-ci puisse se concrétiser.

8. Par acte du 8 mars 2006, l'assuré, représenté par Me Serge ROUVINET, a interjeté recours. Il invoque en premier lieu une violation du droit d'être entendu, dans la mesure où son conseil n'a pas pu prendre connaissance de l'ensemble du dossier, comme il l'avait demandé à l'OCAI. Il soutient d'autre part que la décision de l'OCAI est arbitraire, en considérant qu'il est à même d'exercer une activité légère à 100 %. Il demande à compléter son recours, préalablement d'ordonner une expertise afin de déterminer sa capacité de travail et sur le fond conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

9. Dans son mémoire complémentaire du 10 août 2006, le recourant relève, après consulté son dossier, que le Dr B_____ n'a pas rempli le rapport médical et qu'il s'est limité à déclarer qu'il présente des douleurs lombaires extrêmement chronicisée et aggravées depuis octobre 2000. Quant au Dr A_____, il a préconisé une incapacité de travail totale dès le 14 novembre 2000, pour une durée indéterminée. Il considère que dans la mesure où en 2004, le Dr B_____ déclare que dans une activité légère, sa capacité de travail serait de 100%, les conclusions des Dr A_____ et B_____ sont contradictoires. Il expose qu'il ne saurait quoi qu'il en soit exercer une quelconque activité sans mesures de réadaptation. Il conclut à ce qu'une expertise soit ordonnée afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle, d'annuler la décision sur opposition et de lui octroyer une rente d'invalidité de 100 %.

10. Dans sa réponse du 13 septembre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il considère que les conclusions des Dr A_____ et B_____ ne sont pas contradictoires, dès lors que tous deux estiment qu'une activité légère est exigible à 100 %. L'OCAI considère que la décision est fondée sur un dossier médical complet et exempt de contradiction, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une expertise médicale. S'agissant de l'aide au placement, il relève qu'il appartient au recourant de contacter l'Office AI pour que cette aide puisse se concrétiser.

11. Par réplique du 27 octobre 2006, le recourant persiste dans ses conclusions, notamment dans la mise en œuvre d'une expertise, relevant au demeurant que ses problèmes de vertiges ont été complètement passés sous silence.

12. Le 2 novembre 2006, le recourant a communiqué au Tribunal de céans un certificat médical établi par la Dresse. C_____, cheffe de clinique du Département de médecine générale des "établissement hospitalier" aux termes duquel l'assuré a présenté un infarctus antéro-latéral en décembre 2005 et a été mis sous traitement bêta-bloquant. Le 10 juillet 2006, l'assuré a été ré-hospitalisé en raison d'un NSTEMI sur sub-occlusion de l'artère circonflexe proximale. La coronographie

effectuée en urgence a montré une fraction d'éjection ventriculaire conservée, avec une hypokinésie antéro-latérale. L'évolution clinique est décrite comme tout à fait favorable avec disparition de la symptomatologie douloureuse. Le traitement cardiaque est réadapté et le traitement hypolipémiant réintroduit. L'échographie transthoracique du 17 juillet 2006 a mis en évidence une diminution discrète de manière inhomogène de la fonction systolique du ventricule gauche, accompagnée d'une régurgitation mitrale discrète. Dans la suite de prise en charge de ce nouvel épisode d'infarctus, l'assuré a également bénéficié d'un test d'effort et d'un suivi ambulatoire en réadaptation cardiovasculaire à Beau-Séjour. L'évolution clinique étant tout à fait satisfaisante, le patient est retourné à domicile le 17 juillet 2006.

13. Les écritures du recourant ainsi que les pièces produites ont été communiquées à l'OCAI et un délai au 21 novembre 2006 lui a été imparti pour se déterminer.

14. En l'absence d'observations de la part de l'OCAI, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a, ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI)..

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

2. 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).

   En l'occurrence, les faits à la base de la décision litigieuse se sont produits pour une partie avant le 1er janvier 2003 et pour une autre partie après cette date. 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).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le recourant se plaint en premier lieu d'une violation du droit d'être entendu, car il n'a pas pu prendre connaissance de l'ensemble de son dossier comme il l'avait demandé à l'intimé. Ce grief, à supposer qu'il soit fondé, ne sera pas retenu, car il y a lieu de considérer, quoi qu'il en soit, que le vice a été réparé, dès lors que dans le cadre de la présente procédure, le recourant a eu accès à l'intégralité de son dossier.

5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur l'étendue de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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. 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. Mais l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

7. 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).

8. En l'espèce, selon le médecin-traitant, le Dr A_____, le recourant souffre depuis novembre 2000 d'une discopathie lombaire qui a nécessité une spondylodèse le 2 avril 2001 et un arrêt de travail total dès le 14 novembre 2000. En raison de cette affection, le recourant ne peut plus exercer de métier physique. En outre, il présente les limites fonctionnelles suivantes: il doit privilégier l'alternance des positions assis/debout, éviter la position à genoux, accroupie, l'inclinaison du buste, de lever, porter ou déplacer des charges, les mouvements des membres ou du dos répétitifs, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il doit également éviter de se baisser. Le Dr DE BONAY a indiqué que la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes.

   Le Dr A. B_____, chef de service adjoint du service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", a constaté lors du contrôle du 5 juillet 2001, que du point de vue de la spondylodèse lombaire, il n'avait pas trop d'inquiétude; il y avait quelques irradiations de type plutôt musculaire, qui toutefois ont assez bien répondu à la prescription médicamenteuse. Il a signalé que le patient a fait un assez gros vertige en cours de consultation, sans qu'il puisse solliciter de nystagmus, mais qui ne semblait ni orthostatique, ni véritablement positionnel. Il pensait plutôt à une intolérance à une substance. Il a prolongé l'arrêt de travail à 100 % jusqu'à fin juillet 2001. A la demande de l'intimé, le Dr B_____ a précisé en date du 2 février 2004 que les suites de la spondylodèse sont plutôt favorables, avec quelques douleurs résiduelles, sans signe de compression radiculaire ou de franche diminution de la mobilité lombaire. Il a noté toutefois l'apparition de signes de compression radiculaire C8 droite. En raison de ces affections, le recourant ne peut plus exercer sa profession de maçon, mais en revanche, dans une activité légère, sa capacité de travail est de 100 %.

   Le recourant allègue que les conclusions des deux médecins susmentionnées sont contradictoires, dans la mesure où son médecin traitant a préconisé un arrêt de travail total dès le 14 novembre 2000, alors que le Dr B_____ indique que dans une activité légère, sa capacité de travail serait de 100 %.

Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, si le Dr A_____ a indiqué que le recourant était en arrêt de travail à 100 % depuis le 14 novembre 2000, il a toutefois précisé qu'il ne pouvait plus exercer de métier physique. D'autre part, il a bien décrit les limitations fonctionnelles du recourant. En cela, ses conclusions rejoignent celles du Dr B_____ selon lesquelles, dans une activité légère, la capacité de travail est de 100 %. Le recourant ne produit par ailleurs aucun document permettant de remettre en cause cette appréciation. En effet, le rapport établi par la Dresse C_____ le 2 novembre 2006 fait état d'un infarctus antéro-latéral en décembre 2005, pour lequel le recourant a été mis sous traitement. Quant au deuxième événement survenu en juillet 2006, d'une part il est postérieur à la décision litigieuse, et d'autre part, l'évolution clinique a été tout à fait satisfaisante, le recourant étant retourné à domicile le 17 juillet 2006. Cela étant, le Tribunal de céans considère que les rapports médicaux figurant au dossier sont suffisamment probants au sens de la jurisprudence, de sorte qu'une expertise ne se justifie pas.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que le recourant présente, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 100 %.

9. Il convient de déterminer si le recourant, dans l'exercice d'une activité adaptée, subit une perte de gain dans une mesure ouvrant droit à une rente.

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126

V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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

10. En l'espèce, dès lors que le recourant n'exerce plus d'activité lucrative depuis novembre 2000, il convient de se référer, pour déterminer le revenu d'invalide, aux salaires ressortant des enquêtes sur la structure des salaires.

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir pour l'année 2000, 4'598 fr par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, p. 5). En effet, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. 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 2001 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2005, p. 82, B9.2), ce montant doit être porté à 4'793 fr. 40 ou 57'521 fr. par année. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux et réels pour l'année 2001, date de l'ouverture du droit éventuel à une rente (indice 2011; La Vie économique, 7/8-2005, p. 99, B10.3), on obtient un revenu annuel de 58'927 fr. 50.

Vu l'âge du recourant et ses handicaps, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10 %. Il en résulte un revenu d'invalide de 53'034 fr. 75.

S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de relever que les données concernant l'activité indépendante du recourant sont inutilisables, dès lors que de son propre aveu, il n'a jamais connu le succès espéré et qu'il n'a pas établi de comptabilité pour les années en cause. Les revenus de l'activité indépendante figurant sur l'extrait des comptes individuels sont d'ailleurs très faibles. Par ailleurs,

il résulte de l'extrait desdits comptes individuels, que le recourant a travaillé en qualité de salarié pour une entreprise du bâtiment de 1996 à 1999; il a réalisé en 1997 un gain annuel de 60'000 fr., en 1998 de 65'000 fr. et de janvier à mai 1999 de 19'166 fr. On ignore cependant quelle activité il y a exercé. En l'absence de données fiables, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, le salaire annuel que le recourant aurait pu réaliser dans une activité de maçon en 2001, à savoir 62'530 fr. (4'810 fr. x 13).

Il s'ensuit que le recourant présente un degré d'invalidité de 15,19 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. En revanche, il a droit à une mesure de placement, que l'OCAI lui a d'ailleurs accordée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. 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 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.

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Juliana BALDE

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