

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/906/2009

ATAS/1435/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 12 novembre 2009

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître DROZ Alain

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZ-ZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, originaire du Libéria, arrivé en Suisse en 1995, a travaillé en tant que manœuvre dans le bâtiment de 2002 à 2005.
2. Le 11 octobre 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
3. A été versé à son dossier celui ouvert auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après la SUVA).

Il en ressort qu'en date du 16 août 2005, l'assuré a été victime, sur son lieu de travail, d'un accident qui lui a occasionné une torsion du genou droit. Depuis 2003, soit préalablement à l'accident, l'assuré souffrait déjà d'épanchements aux deux genoux et une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence une ancienne rupture du ligaments croisé antérieur (LCA). Le genou droit avait déjà été traité à plusieurs reprises pour des épanchements récidivants.

4. Du 20 au 23 juin 2006, l'assuré a séjourné au Département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Du résumé d'observations, il ressort que l'assuré a été victime d'une entorse du genou droit en 1997, suivie d'une instabilité antérieure marquée qui a motivé une reconstruction ligamentaire arthroscopique et une régularisation méniscale externe du genou droit en janvier 2006.
5. Le 14 septembre 2006, la SUVA a rendu une décision, aux termes de laquelle elle a mis fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2006, au motif qu'au-delà de cette date, l'accident survenu le 16 août 2005 n'avait plus joué aucun rôle dans les troubles présentés par l'assuré.
6. Le 19 septembre 2006, la SUVA a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant la précédente et corrigeant la date de fin des prestations au 30 septembre 2005 (et non au 30 septembre 2006, comme indiqué par erreur dans la première décision).
7. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué, dans un rapport daté du 11 juillet 2008, que son patient était dans l'incapacité de travailler suite à l'accident, à la suite duquel avait été diagnostiqués un status après plastie du LCA droit, une arthrose du genou débutante, un status après lavage et débridement du genou droit et une entorse du genou droit remontant à 1997. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la

capacité de travail, des lombalgies présentes depuis 2006 et une plaie à la main droite, survenue en 2002.

Le Dr A_____ a relaté que le patient se plaignait de gonalgies au niveau du genou droit, d'une limitation de l'extension de ce dernier, de douleurs dorsales entraînées par sa boiterie et d'une amyotrophie de la cuisse droite. Le médecin a souligné une évolution rapide vers la gonarthrose du genou droit et a conclu à une incapacité de travail totale depuis le 16 août 2005. A cet égard, il a expliqué que son patient ne pouvait ni monter ni descendre des escaliers, ni travailler debout, ni porter des charges, ni faire d'efforts importants. Il a en revanche précisé que son patient pourrait exercer une activité adaptée, décrite comme s'exerçant en position assise, permettant d'éviter la position accroupie ou agenouillée, le port de charges, la montée d'escaliers ou d'échafaudages et la position debout.

Le Dr A_____ a joint à son rapport celui établi par la Clinique romande de réadaptation, dans laquelle le patient avait séjourné du 14 mai au 11 juin 2008 dans un but de reconditionnement. Les médecins ont conclu à une gonarthrose débutante interne et externe du genou droit dans le contexte d'une plastie du LCA droit, d'une ménisectomie partielle externe en janvier 2006 et d'un lavage - débridement du genou par arthroscopie en juin 2006. La situation médicale a été décrite comme stabilisée. Il a été souligné qu'en raison de l'âge de l'assuré, il était trop tôt pour recourir à une prothèse du genou, la gonarthrose n'étant par ailleurs par encore assez prononcée. Le patient a été encouragé à conserver une activité physique régulière (vélo ou natation). Ont été retenues les limitations suivantes: le port répété de charges de plus de dix à quinze kilos, la position agenouillée ou accroupie, la montée et descente fréquente d'escaliers ou d'échelles. Les médecins ont émis l'avis que, dans une activité respectant ces limitations, la capacité médico-théorique de travail était de 100%, étant souligné que plusieurs facteurs défavorables pourraient être un frein à une réintégration professionnelle: la situation sociale précaire de l'assuré, ses attentes asséculologiques, son sentiment d'avoir été mal pris en charge en 2006 et son espoir déçu d'une récupération totale de la fonction du genou droit.

L'incapacité de travail a été jugée totale du 12 juin 2008 au 11 juillet 2008 dans l'activité précédemment exercée.

8. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport en date du 15 décembre 2008. En fonction de l'atteinte invalidante, le service a estimé que l'assuré était en mesure de reprendre une activité respectant ses limitations fonctionnelles et qu'il pourrait exploiter sa capacité de travail résiduelle à 100% dans une activité légère, représentative d'une grande variété d'emplois ne nécessitant pas de qualification professionnelle particulière, par exemple, celles de gestionnaire de stocks ou d'employé d'usine, raison pour laquelle le service de réadaptation est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait pas lieu d'envisager des mesures professionnelles, celles-ci n'étant pas de nature à augmenter la capacité de gain de l'assuré. Il a toutefois

été souligné que le droit à une aide au placement pourrait éventuellement entrer en ligne de compte.

Il a ensuite été procédé à un calcul du revenu du degré d'invalidité. Le revenu avant invalidité, soit 45'307 fr., a été comparé à celui que pourrait raisonnablement réaliser l'assuré malgré son handicap, à savoir 54'203 fr. (Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2006, TA1, dans une activité simple et répétitive = 4'732 fr. pour 40 h./sem. = 4'933 fr. pour 41,7 h./sem. = 59'197 fr. en 2006 = 60'226 en 2007 = 54'203 fr. après réduction supplémentaire de 10%).

9. Le 18 décembre 2008 a été adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait que, dans la mesure où il n'y avait aucune perte de gain, sa demande de rente était rejetée.
10. Par courrier du 6 janvier 2009, l'assuré a manifesté son désaccord.
11. Le 9 février 2009, l'OCAI a rendu une décision formelle de refus de rente, expliquant qu'une réduction supplémentaire de 10% avait été appliquée au calcul du revenu d'invalidité en raison des limitations physiques de l'assuré et du fait qu'il était titulaire d'un permis F. L'OCAI a ajouté que le droit à une aide au placement pourrait être examiné.
12. Par écriture du 16 mars 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à celui de mesures professionnelles. Le recourant fait valoir que l'activité de gestionnaire de stocks implique des déplacements fréquents et des accessoires tels qu'escabeau ou échelle et que celle d'ouvrier d'usine lui interdirait les changements fréquents de position. Il souligne qu'il n'a jamais eu l'occasion d'acquérir une formation quelle qu'elle soit. Il allègue que le handicap physique majeur dont il souffre est manifestement incompatible avec une quelconque activité à caractère physique. Il en tire la conclusion que l'on ne peut d'emblée exclure que des mesures professionnelles soient de nature à augmenter sa capacité de gain, rappelant à cet égard qu'il ne peut ni courir, ni s'accroupir, ni marcher vite.
13. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 28 avril 2009, a conclu au rejet du recours. Reprenant les arguments déjà développés dans sa décision, il ajoute que dans la mesure où l'assuré conclut principalement à l'octroi d'une rente entière, sa volonté de tout mettre en œuvre pour une reprise d'activité professionnelle peut être soumise à caution.
14. Dans sa réplique du 2 juin 2009, l'assuré a relevé que le marché de l'emploi, notamment en ce qui concerne les postes ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières, est spécialement touché par la récession actuelle. Il souligne que le nombre de chômeurs dans les emplois peu qualifiés continuera à augmenter durant les prochains mois, que dans son cas, il n'est titulaire que d'une ad-

mission provisoire (permis F) et que dans ces conditions, il est illusoire d'attendre de lui qu'il puisse retrouver une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A l'appui de ses dires, le recourant a versé au dossier un rapport établi par le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, daté du 19 février 2009. Le médecin retient les limitations suivantes : la marche sur de longues distances, la marche en terrain instable, la position accroupie ou à genoux, utilisation d'escaliers ou d'échelles et enfin, le port de charges moyennes à lourdes. Dans un travail respectant ces restrictions et privilégiant l'alternance des positions assise et debout et les déplacements sur de courtes distances, le médecin a exprimé l'avis qu'une activité pourrait être exercée à plein temps, précisant toutefois que la situation psychosociale précaire de l'assuré et son absence de formation étaient autant d'éléments péjoratifs.

Relevant que le Dr B _____ a également conclu à une atteinte à l'intégrité de 10% correspond à une arthrose fémoro-tibiale moyenne, le recourant persiste dans ses conclusions.

15. Quant à l'intimé, il s'est exprimé en date du 16 juillet 2009. Il fait remarquer que la récession actuelle ne relève pas de l'assurance-invalidité, souligne que le médecin de la SUVA a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée et rappelle que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la loi.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1,

consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré 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 mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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 enfin que 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 (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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 po-

sées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. Le recourant fait grief à l'administration d'avoir retenu qu'il pourrait exercer à plein temps une activité adaptée.
7. Force est cependant de constater que tant le Dr A _____, que le Dr B _____ ou encore la Clinique romande de réadaptation sont unanimement arrivés à la conclusion que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée, décrite comme s'exerçant principalement en position assise, permettant d'alterner les positions, d'éviter le port de charges, les efforts importants, la position accroupie, et la montée d'escaliers.

On retiendra donc que, sur le plan somatique, le recourant a conservé une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

8. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI.
 - a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, 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%, à un trois-quart de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

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; 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'invalidité 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 avait été 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.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

b) En l'espèce, l'intimé a retenu à titre de revenu avant invalidité celui que réalisait l'assuré au moment de son accident, soit 45'307 fr. Ce montant n'étant pas contesté par le recourant, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a

été dit supra, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée. L'intéressé n'a par ailleurs pas de formation spécifique. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges lourdes, ni travail en position accroupie et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection aux genoux. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'732 fr. par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 h./sem.; pour 1998 : La Vie économique, 4-2002 p. 86, table B 9.2 pour 2001: cf. La Vie économique 12/2001 table B 9.2 p. 80). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2006, de 59'197 fr. 30. Ainsi que le fait remarquer à juste titre l'intimé, les griefs évoqués concernant la récession en cours ne sauraient relever de l'assurance-invalidité.

En admettant même que l'on applique la réduction maximale prévue, à savoir 25% - ce qui n'a au demeurant pas lieu d'être -, on obtiendrait un degré d'invalidité de 2,05%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, étant rappelé que même le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI) et que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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