

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/6/2009

ATAS/153/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 17 février 2010

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Cologny, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michel CELI VEGAS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1966, ressortissant portugais, a travaillé du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2005 en qualité de nettoyeur pour la société de construction et bâtiments X_____ SA. Son salaire mensuel s'élevait à 5'000 fr. en 2005, plus une gratification annuelle de 3'750 fr.
2. Depuis le 14 octobre 2004, l'assuré est en arrêt de travail en raison de lombalgies survenues à la suite d'un effort dû au port de charges. L'assureur perte de gain GENERALI a versé des prestations.
3. Dans un certificat médical initial du 28 novembre 2004, le Dr A_____, médecin généraliste, a diagnostiqué une discopathie L5-S1 et a fait état de douleurs aiguës au niveau S1 gauche en précisant que le patient avait été en traitement pour la même affection en mai 2003. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 14 octobre 2004. Une IMR lombaire pratiquée le 22 novembre 2004 a confirmé une discopathie L5-S1.
4. Le Dr B_____, neurochirurgien, a établi un rapport le 8 février 2005, aux termes duquel les lombalgies étaient réapparues à la suite d'un effort de port de charges. Au regard de l'IRM ne montrant qu'une modeste discopathie sans véritable hernie, il a estimé qu'il existait une discordance assez nette entre l'intensité des symptômes ressentis et la discrétion de l'atteinte radiologique. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.
5. Le 14 septembre 2005, GENERALI a informé l'assuré qu'il mettait fin aux prestations au 31 décembre 2005, considérant que dès le 1^{er} janvier 2006, il était apte à reprendre une activité professionnelle à 100 % dans une activité moins lourde. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise établi à sa demande le 9 juin 2005 par le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a préconisé une reprise de l'activité à 50 % d'abord, puis à 100 %, suggérant d'adresser l'assuré au chômage dès le mois d'octobre 2005 afin qu'il retrouve une activité par ce biais.
6. Le 30 septembre 2005, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail avec effet au 31 décembre 2005, au motif que l'assuré ne pouvait plus exercer son métier.
7. Le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'assureur perte de gain a été rejeté par le Tribunal de céans le 13 février 2008 (ATAS/167/2008).
8. Le 6 mai 2008, l'assuré a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) visant l'octroi de mesures d'ordre professionnel ainsi qu'une rente d'invalidité.

9. Dans un rapport établi en date du 19 juin 2008 à l'attention de l'OAI, la Dresse D_____, service de médecine physique et rhumatologie, a diagnostiqué un status post-arthroscopie avec débridement de l'épaule droite par « impingement » sub-acromial avec scapulalgie droite occasionnelle, des lombalgies d'efforts depuis 1993, des cervico-dorsalgies accompagnées de céphalées postérieures, des gonalgies intermittentes depuis 2001-2002, et un status après arthrodèse partielle du carpe droit pour arthrose radio-carpienne avancée sur déchirure du ligament scapho-lunaires avec neurolyse du nerf médian. Elle a indiqué qu'il s'agissait d'une affection chronique du dos sur des troubles statiques et dégénératifs avec réactivation douloureuse d'effort ainsi que météo-sensible et à la marche. Un diagnostic de spondylarthropathie n'a pas été confirmé, mais n'est pas non plus totalement exclu et le poignet droit opéré garde une limitation et des douleurs électriques. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 14 octobre 2004, avec échec d'une reprise de travail effectuée le 15 juillet 2005. Le patient ne peut plus effectuer de travaux lourds comme il le faisait auparavant et nécessite une réadaptation professionnelle dans un travail plus léger ménageant la région cervico-dorso-lombaire et le poignet droit. Il ne peut en particulier plus porter de charges supérieures à 5 kilos.

10. De nombreux rapports médicaux ont été versés au dossier concernant les lombosciatalgies gauches déjà diagnostiquées en 1994. Dans un rapport adressé en date du 14 août 2006 au médecin traitant de l'assuré, la Dresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué des rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs, une suspicion de spondylarthropathie non confirmée et des troubles somatoformes douloureux. Dans une activité adaptée, n'exigeant pas le port de charges, des mouvements répétitifs ou une même position du corps prolongée, la capacité de travail du patient paraît entière. La praticienne indique qu'elle l'a encouragé à avoir des activités physiques plus régulières ou d'appliquer les consignes qui lui ont été enseignées au cours du stage à l'école du dos en 2005.

11. L'ancien employeur a attesté, dans son rapport du 15 avril 2008, que sans atteinte à la santé, l'assuré réaliserait un salaire de 65'000 fr. par an.

12. Le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a rédigé un rapport en date du 23 juin 2008 à l'attention de l'OAI, dans lequel il précise avoir eu le patient en traitement ambulatoire du 7 octobre 2005 au 28 septembre 2007. Il a diagnostiqué une fracture semi-lunaire droite depuis juillet 2005, stabilisée, et noté que le patient ne ressentait pas de gêne du poignet droit. Le patient ne bénéficiait plus d'aucun traitement, ni d'incapacité de travail depuis le 24 juillet 2007. Le praticien a attesté que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis le mois de novembre 2007. Concernant les limitations fonctionnelles, l'assuré doit éviter le port de poids supérieurs à 5 kilos, ainsi que de monter sur une échelle ou un échafaudage.

13. Dans un rapport du 16 juillet 2008, le Dr F_____ a mentionné les diagnostics avec influence sur la capacité de travail suivants : arthrose radio-carpienne droite stade II, déchirure du ligament scapho-lunaire et neuropathie compressive du nerf médian au tunnel carpien droit. Le médecin explique que le patient se plaint depuis 2005 de douleurs de son poignet droit sur le compartiment radial, associées à des acroparesthésies nocturnes des trois premiers doigts de la main. Un ENMG a mis en évidence une neuropathie compressive bilatérale du nerf médian au tunnel carpien et l'arthro-scanner réalisé le 9 novembre 2006 a confirmé la présence d'une arthrose radio-carpienne liée à une déchirure du ligament scapho-lunaire. Une arthrodèse partielle a été pratiquée, associée à une neurolyse. L'évolution post-opératoire sera relativement lente avec consolidation à 4 mois de l'arthrodèse développant lors de la rééducation une tendinite chronique sténosante de De Quervain, nécessitant le 6 août 2007 une synovectomie du 1^{er} compartiment des extenseurs. L'évolution de la tendinite sera toutefois favorable, mais le patient présentera toujours des douleurs sur le compartiment radial du carpe en regard de la gouttière radiale. Malgré des infiltrations locales, l'évolution clinique ne mettra pas en évidence la disparition de cette gêne. Une reprise du travail à 50 % sera effective dès le 8 octobre 2007 afin de permettre une reconversion professionnelle nécessaire au vu du manque de force et des secteurs de mobilité réduite retrouvée habituellement après ce type d'arthrodèse partielle. Les incapacités de travail suivantes ont été attestées : 100 % du 24 janvier 2007 au 27 mai 2007, 50 % dès le 28 mai 2007, de 0% du 6 août 2007 au 6 octobre 2007 et à nouveau 50 % dès le 8 octobre 2007. Le médecin atteste que le patient n'est plus à même d'utiliser sa main droite dans des activités répétitives (même mouvement plus de 30 minutes), ni dans des activités en force. La mobilité du poignet est limitée en flexion-extension à 20-0-40 et en pro-supination à 80-0-80. Le Dr F_____ a joint les rapports d'interventions qu'il a pratiquées en date des 24 janvier 2007 et 6 août 2007.
14. Dans un avis du 27 août 2008, le SMR considère que l'activité antérieure n'est plus exigible, mais que dans une activité adaptée la capacité de travail est de 100 %.
15. Le 7 octobre 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus de mesures d'ordre professionnel et de rentes. Cette décision est motivée par le fait que dans une activité adaptée, sans port de charges, l'assuré est à même de travailler à plein temps depuis juillet 2005. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 17 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à des mesures de réadaptation professionnelle.
16. Par décision du 18 novembre 2008, l'OAI a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel ainsi qu'une rente. Il se fonde sur l'expertise réalisée par le Dr C_____ en date du 9 juin 2005 pour le compte de l'assureur GENERALI, ainsi que sur le rapport du Dr F_____ du 16 juillet 2007.

17. Le 1^{er} janvier 2009, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours. Il conteste la décision de l'OAI, relevant qu'il est en incapacité de travail depuis octobre 2004, selon les divers certificats médicaux établis par son médecin traitant. Il fait valoir que son état de santé s'est dégradé du fait des nouvelles interventions chirurgicales à la main depuis novembre 2006. Il considère que son état de santé doit être examiné par un médecin conseil spécialiste assigné par l'assurance invalidité, au regard de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Il soutient qu'il n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée supérieure à 50 % et que l'OCAI n'a pas pris en compte la dégradation de son état de santé. Il conclut à ce que l'OCAI soit condamné à procéder à une expertise médicale et à rendre une nouvelle décision.
18. Dans sa réponse du 2 février 2009, l'OAI relève que selon le rapport d'examen du Dr C _____ du 9 juin 2005, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juillet 2005 et que le recours qu'il avait interjeté contre la décision prise par la GENERALI a été rejeté par le Tribunal de céans. Pour le surplus, après la comparaison des revenus, le degré d'invalidité est de 17 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement ou à une rente. L'OAI indique qu'il a tenu compte de l'état de santé du recourant, dans son ensemble, jusqu'au 18 novembre 2008, date de la décision et qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction sur le plan médical.
19. Le 6 juillet 2009, le Tribunal de céans a interpellé le Dr F _____, afin d'obtenir des précisions quant à la période de traitement, du diagnostic de fracture du poignet droit, de la capacité de travail de l'assuré depuis juillet 2005 et de l'éventuelle diminution de rendement.
20. Par courrier du 15 juillet 2009, le Dr F _____ a répondu que le patient avait été en traitement à son cabinet du 7 novembre 2006 au 7 octobre 2008 et qu'il n'avait jamais présenté de fracture de l'os semi-lunaire du poignet droit. L'arthroscanner réalisé le 9 novembre 2006 a mis en évidence une déchirure du ligament scapho-lunaire droit associé à une arthrose radio-carpienne secondaire. S'agissant de la capacité de travail, le praticien explique qu'il avait établi un premier certificat médical en date du 24 janvier 2007, suite à l'intervention d'arthrodèse partielle du poignet subie par le patient. La capacité de travail de 50 % a perduré du 28 mai au 5 août 2007. Une capacité de travail de 50 % avait été décrétée depuis le 8 octobre 2007, qui devait permettre une reconversion professionnelle dans laquelle on pouvait estimer que le patient retrouve une capacité de travail à 100 %. Dans des activités non qualifiées, il est vraisemblable qu'en dehors des activités de surveillance pure, un rendement de 50 % maximum ne pourra pas être dépassé. Selon le Dr F _____, un travail avec des qualifications en tant qu'employé de bureau pourrait permettre chez un tel patient une reprise d'activité avec un rendement de l'ordre de 90 %.

21. Dans son écriture du 13 août 2009, le recourant conclut à la nécessité d'obtenir un rapport détaillé de son médecin traitant, la Dresse D_____, et à ce qu'un médecin conseil procède à une expertise médicale pour évaluer sa situation.
22. Le 14 août 2009, l'OAI persiste dans ses conclusions, se référant à un avis du SMR daté du 13 août 2009, selon lequel les conclusions du Dr F_____ rejoignent les siennes.
23. Ces écritures ont été communiquées aux parties le 18 août 2009.
24. Sur quoi, 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 ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'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, du 18 novembre 2008, 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 LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et à celle du 1er janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications

de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

Enfin, selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). 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).

6. 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent 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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7. 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. S'agissant du revenu de la personne valide, il 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.

8. En l'espèce, il résulte des documents versés au dossier que le recourant souffre de lombosciatalgies depuis 1994, de rachialgies, ainsi que d'un status après arthrodèse partielle du carpe droit qui l'empêchent, de l'avis unanime des médecins qui se sont prononcés, d'exercer son ancienne activité dans le secteur du bâtiment depuis le 14 octobre 2004.

Dans une activité adaptée, par contre, il apparaît que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail du recourant est de 100 % dès octobre 2005, selon le Dr C_____. La Dresse E_____ partage cet avis, en indiquant dans son rapport du 14 août 2006 que dans une activité adaptée, n'exigeant pas le port de charges, des mouvements répétitifs ou une même position du corps prolongée, la capacité de travail du recourant paraît entière.

S'agissant de la Dresse D_____, elle confirme que le recourant ne peut plus effectuer de travaux lourds comme il le faisait auparavant et qu'une réadaptation professionnelle est nécessaire dans un travail plus léger, ménageant la région cervico-dorso-lombaire et le poignet droit, sans préciser davantage.

Suite à l'arthrodèse partielle subie par le recourant en janvier 2007, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail complète dès le 24 janvier 2007, puis de 50 % du 28 mai 2007 au 5 août 2007. Une nouvelle incapacité de travail de 50% a été décrétée dès le 8 octobre 2007, qui devait permettre une reconversion professionnelle dans laquelle on pouvait estimer retrouver une capacité de travail totale. Le Dr F_____ a précisé que dans des activités non qualifiées, il est vraisemblable qu'en dehors des activités de surveillance pure, un rendement de 50 % maximum ne pourra pas être dépassé. Toutefois, un travail avec des qualifications en tant qu'employé de bureau pourrait permettre une reprise avec un rendement de l'ordre de 90 %.

Le Tribunal de céans considère qu'il se justifie dès lors de retenir que dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, le recourant présente une capacité de travail de 100 % dès le mois de juillet 2005 et, compte tenu de la problématique du poignet, de 90 % au moins dès le mois d'octobre 2007.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des gains. Pour ce faire, il convient de se placer en 2005, date de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. art. a29 al. 1 let. b LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

- a) Selon les données de l'employeur, le recourant a réalisé en 2005 un salaire annuel de 63'750 fr, y compris le 13ème salaire (cf. pièce n° 10 p. 2 OAI).

Quant au revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'exerce plus d'activité lucrative, il convient de se référer aux données salariales, 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). En l'espèce, compte tenu de l'activité adaptée de substitution que pourrait exercer l'assuré, 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, soit en 2004, 4'588 fr. par mois ou annuellement 55'056 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, [ESS], p. 53, TA1). Etant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 5/2005, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 57'258 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2005 (2115; cf. Vie économique 7/8-2008 p. 91 tableau B.10.3), on obtient un revenu annuel de 57'804 fr.

S'il n'y a pas lieu de tenir compte en l'espèce d'une quelconque diminution de la capacité de travail en 2005 (cf. supra), il convient cependant d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique au regard des autres circonstances personnelles de l'assuré (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). L'intimé a réduit le salaire

statistique de 10%, ce qui paraît approprié au regard des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 52'023 fr. La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité pour l'année 2005 aboutit à un degré d'invalidité de 18,40 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente ainsi qu'à un reclassement professionnel.

b) Suite à l'aggravation de l'état de santé du recourant en 2007 résultant de la problématique du poignet droit, il convient de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en retenant désormais une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, mais non répétitive.

Le gain sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir, réactualisé à 2007 (indice 2175), s'élève à 65'558 fr.

Le revenu d'invalidité, tel qu'il résulte des statistiques 2006, s'élève à 4'732 fr., par mois pour 40 heures de travail hebdomadaire, et à 4'933 fr. 11 pour 41,7 heures (durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises en 2007, Vie économique 10-2009, p. 90, tableau B.9.2), soit 59'197 fr. par an. Compte tenu d'une activité raisonnablement exigible à 90 %, ce revenu s'élève à 53'277 fr. Quant au facteur de réduction, il convient de tenir compte, en sus des limitations fonctionnelles et de l'activité légère, que désormais seule une activité non répétitive est possible, ce qui réduit encore les perspectives salariales du recourant. Une réduction de 15 % apparaît appropriée, de sorte que le revenu d'invalidité s'élève à 45'285 fr.

La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité de l'année 2007 conduit à un degré d'invalidité de 28,96%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

En revanche, le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour examen et mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel.
11. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).
12. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé (cf. art. 69al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour examen et mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre d'indemnité de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à charge de l'OAI.
6. 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 :

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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