

## **GE\_GERICHTE A/3966/2007 vom 14. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3966\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3966_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/3966/2007 du 14 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE A/3966/2007 del 14 maggio 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.05.2008  
A/3966/2007

A/3966/2007 ATAS/577/2008 du 14.05.2008 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3966/2007 ATAS/577/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 14 mai 2008 En la cause Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc Q \_\_\_\_\_ recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur V \_\_\_\_\_, est au bénéfice d'un CFC de ferblantier, branche dans laquelle il a exercé pendant de nombreuses années. Par la suite, l'intéressé a travaillé comme chauffeur privé et "ice-man" pour le X \_\_\_\_\_ DE GENÈVE. Il a exercé en dernier lieu l'activité de chauffeur pour Y \_\_\_\_\_ à Montreux et de Vevey, à raison de quatorze heures par semaine en moyenne. Suite à une restructuration, l'intéressé a été licencié pour fin septembre 2004. Il n'a plus repris d'activité et à compter du 1<sup>er</sup> mai 2005, il est aidé par l'Hospice général. Le 4 avril 2005, l'intéressé dépose une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à un reclassement dans une nouvelle profession ou à un placement. Il indiquait souffrir d'une hernie discale et de rhumatismes chroniques. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 14 septembre 2005, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de discarthrose lombaire et status après luxation de l'épaule gauche. Le diabète de type II insulino-traité existant depuis 1995 est sans répercussion sur la capacité de travail. Selon le médecin, l'incapacité de travail en tant que ferblantier est de 100% à compter du 15 octobre 2004. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr L \_\_\_\_\_ indique qu'une autre activité peut être exercée, telle qu'une activité de bureau. L'intéressé ne devrait pas effectuer d'horaire de nuit ni d'horaire continu. Une fois le bilan radiologique disponible, ce médecin pensait qu'un avis rhumatologique était indiqué. Le patient présente les limitations suivantes : il ne peut garder la même position du corps pendant longtemps, la position à genou, il doit éviter l'inclinaison du buste, la position accroupie. Il présente des limitations à l'épaule gauche, ne peut lever, porter ou déplacer des charges, se baisser; il doit éviter les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sols irréguliers ou en pente. Dans un rapport établi à l'attention de l'OCAI en date du 12 juillet 2006, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : diabète de type II insulino-requérant compliqué de polyneuropathie, hypermétropie avec astigmatisme de l'œil gauche, douleurs chroniques de l'épaule gauche (probable arthrose). Le calcul rénal, la dyslipidémie et le tabagisme chronique actif sont sans influence sur la capacité de travail. Selon ce médecin,

l'incapacité de travail est de 100% depuis le 23 janvier 2006. Concernant le pronostic, le médecin indique que l'état de santé s'aggrave et que la polyneuropathie a progressé la dernière année. Il a joint à son rapport divers documents, notamment un rapport établi par le département de médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 13 juillet 2006, suite à une hospitalisation du 8 mai au 12 mai 2006 et du 22 mai au 26 mai 2006 dans le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques. Les médecins ont posé les diagnostics principaux de diabète de type II, compliqué d'une polyneuropathie avec une pallesthésie à 3/8 et comme diagnostics secondaires une obésité, une dyslipidémie traitée, une lithiase rénale gauche, un possible adénome du lobe médian de la prostate, une hypertrophie ventriculaire gauche avec une fonction systolique dans la norme, une arthrose cervicale et un empoisonnement médicamenteux datant de mars 2003. Le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a examiné l'intéressé à la demande du médecin traitant. Dans son rapport du 9 février 2006, il conclut que l'examen ophtalmologique se montre tout à fait dans la norme avec absence de rétinopathie diabétique, mais il a décelé certaines anomalies microvasculaires qui nécessitent une surveillance ophtalmologique avec un contrôle dans 6 mois. Le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a adressé un rapport au Dr M\_\_\_\_\_ en date du 2 mars 2006, dans lequel il retient les diagnostics d'omalgie gauche sur omarthrose et lombalgies mécaniques chroniques. Il explique que les douleurs de l'épaule gauche ont débuté suite à une luxation de cette articulation; le médecin note à l'examen clinique une limitation fonctionnelle tout à fait nette dans toutes les directions. Le bilan complémentaire a mis en évidence une arthrose gléno-humérale relativement marquée, mais la coiffe des rotateurs semble indemne de lésions importantes. D'autre part, le patient présente des lombalgies de type mécanique. Le bilan radiologique n'a rien révélé de bien particulier, si ce n'est quelques troubles dégénératifs en rapport avec l'âge du patient. Il n'y a pas sur le plan clinique d'élément faisant suspecter une atteinte radiculaire actuellement. A la demande de l'OCAI, le SMR Suisse-romande a procédé à un examen rhumatologique en date du 20 février 2007. Dans son rapport du 21 février 2007, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne - rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'omarthrose gauche, conflit sous-acromial de l'épaule droite, lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés, syndrome rotulien bilatéral et diabète de type II insulino-requérant avec polyneuropathie sensitive des membres inférieurs. L'obésité de type androïde et la suspicion de syndrome des apnées obstructives du sommeil, versus syndrome obésité - hypoventilation sont sans répercussion sur la capacité de travail. Au status, le médecin relève que le patient présente diverses atteintes à la santé, dont le diabète de type II compliqué d'une polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs. Il présente également une atteinte douloureuse au niveau des épaules, surtout à gauche, au niveau du rachis, surtout lombaire et au niveau des genoux. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : au niveau des épaules, le patient doit éviter un travail sollicitant les membres supérieurs à contre-résistance statique ou dynamique ainsi que tout travail imposant le soulèvement de charges d'un poids supérieur à cinq kilos. Concernant le rachis lombaire, il doit alterner une fois par heure la position assise et la position debout, ne pas soulever régulièrement des charges d'un poids supérieurs à sept kilos ni porter régulièrement des charges supérieures à neuf kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pour les genoux, il doit éviter les gèneux répétées et les déplacements en terrain accidenté ou imposant le franchissement régulier d'escaliers, d'escabeaux ou d'échelles. Concernant l'incapacité de

travail, ce médecin mentionne que le Dr L\_\_\_\_\_ indique une incapacité de travail de 100% en tant que ferblantier à partir du 15 octobre 2004. Depuis lors, l'assuré n'a plus exercé d'activité professionnelle pour des raisons conjoncturelles, non strictement médicales. L'incapacité de travail reconnue par le médecin traitant en tant que ferblantier est absolument légitime. En revanche, dans une activité adaptée respectant scrupuleusement les diverses limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, la capacité de travail exigible est de 100%. Dans un rapport du 20 juillet 2007, le Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé que l'assuré n'est pas prêt aujourd'hui à tout mettre en œuvre pour retrouver une activité professionnelle à plein temps compatible avec ses limitations, par le biais d'une mesure d'observation professionnelle organisée par l'institution. Dans ces circonstances, la mise en place de telles mesures n'est pas envisageable, car d'emblée vouées à l'échec. Le service de réadaptation a proposé de clôturer le mandat sur la base d'une évaluation médico-théorique. En procédant à la comparaison des gains, le service de réadaptation a déterminé un degré d'invalidité de 25.9%. Dans un projet de décision adressé à l'intéressé en date du 24 juillet 2007, l'OCAI l'a informé qu'il n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dès lors que son degré d'invalidité de 25.9% était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. D'autre part, des mesures d'ordre professionnel de reclassement ne sont pas envisageables. Le 5 septembre 2007, Me Q\_\_\_\_\_ s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré. Par courrier du 14 septembre 2007, le mandataire a sollicité une copie du dossier de l'intéressé. Par décision du 21 septembre 2007, l'OCAI a notifié la décision de refus de prestations au mandataire de l'intéressé. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 23 octobre 2007. Il fait valoir que depuis 2003, il est suivi par son médecin traitant, le Dr M\_\_\_\_\_, qui a confirmé le diagnostic de diabète de type II et de paresthésie avec diminution de la sensibilité des membres inférieurs. En outre, la polyneuropathie a progressé fortement ces dernières années. D'autre part, le Dr N\_\_\_\_\_ a fait part d'anomalies microvasculaires nécessitant une surveillance ophtalmologique. Une échographie de l'épaule gauche pratiquée par le Dr R\_\_\_\_\_ le 23 février 2006 a révélé la présence d'un corps libre intra-articulaire calcifié, une tendinopathie et une très importante ostéophytose humérale, confirmant l'état d'arthrose gléno-humérale. Le recourant fait valoir qu'il a été examiné uniquement du point de vue rhumatologique par le SMR et que le médecin examinateur a confirmé une amyotrophie des deux épaules engendrant une mobilité limitée, étant rappelé qu'il a précisé ne pas disposer des radios de l'épaule droite. Il considère que le SMR a estimé de façon totalement erronée qu'il était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, qui serait une activité de bureau. Or, ces conclusions sont en contradiction flagrantes avec celles du médecin traitant. Le recourant relève que l'examen pratiqué par le SMR n'a pas été pluridisciplinaire, en ce sens qu'aucun examen n'a été effectué concernant les problèmes ophtalmologiques et psychologiques dont il souffre. C'est ainsi de façon totalement hâtive que le SMR a conclu qu'il était apte au travail. Il conteste également son prétendu défaut de motivation relevé par le service de réadaptation. Il soutient qu'il est extrêmement malheureux de ne pouvoir exercer une activité professionnelle et qu'il a toujours souhaité pouvoir travailler à nouveau. Il conteste par ailleurs le revenu avec et sans invalidité retenu par l'OCAI pour calculer le degré d'invalidité. Il fait valoir que ses yeux se dégradent de jour en jour, qu'il n'est actuellement pas en mesure de voir un clavier qui serait posé sur une table de bureau face à lui, que son diabète est toujours très handicapant et qu'en outre, ses douleurs lombaires, à l'épaule et au dos, ainsi que son arthrose généralisée s'aggravent. Le recourant produit un courrier du Dr M\_\_\_\_\_ daté du 25

octobre 2007, confirmant qu'en raison de séquelles de sa maladie diabétique, il lui est impossible de travailler dans son métier de ferblantier. Dans les multiples diagnostics, le médecin mentionne une complication sous forme de polyneuropathie, diminution importante de l'acuité visuelle, une lombalgie chronique ainsi que des omalgies gauches sur omarthrose. Pour ce qui est de la capacité professionnelle dans une activité de bureau, elle nécessite une réévaluation selon la tâche à accomplir, mais il est clair que le patient ne pourra pas l'effectuer à plein temps. Le recourant conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OCAI, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 15 octobre 2004. Subsidiairement, il demande de réformer la décision de l'OCAI et que des mesures de réadaptations professionnelles adéquates lui soient accordées. Dans sa réponse du 30 novembre 2007, l'OCAI considère que le rapport d'examen du SMR revêt toute valeur probante au sens de la jurisprudence et que l'exigibilité dans une activité adaptée n'est pas entièrement niée par le médecin traitant. Concernant le revenu sans invalidité, c'est à juste titre que le salaire de chauffeur privé et auxiliaire polyvalent a été retenu. Pour le surplus, l'OCAI relève que le recourant ne fait valoir aucun élément médical nouveau pouvant permettre de s'écarter des conclusions de l'expertise et conclut au rejet du recours. Par réplique du 7 janvier 2008, le recourant nie que le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ revêt toute valeur probante, dès lors que l'examen a été effectué de manière trop sommaire et qu'il convient qu'il soit complété par un autre examen. Il rappelle que le médecin n'avait pas d'information et ne disposait pas d'un dossier complet, notamment concernant ses problèmes à l'épaule droite, qui le handicapent de façon importante. Pour le surplus, il indique qu'il n'a jamais travaillé dans un bureau de toute sa vie et qu'il n'a aucune formation dans ce domaine. Selon lui, il convient pour la comparaison des gains de retenir un salaire moyen de 6'000 fr. net par mois, qu'il percevait autrefois en tant que ferblantier. Le recourant persiste dans ses conclusions. Dans ses dernières conclusions du 31 janvier 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, relevant que l'assuré ne travaille plus comme ferblantier depuis 1979 ou comme ferblantier indépendant depuis 1991, de sorte que c'est à juste titre que le salaire de chauffeur a été retenu. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 1<sup>er</sup> février 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le litige consiste à déterminer si le recourant présente des atteintes à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée

survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la 4<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Enfin, 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). En l'espèce, le recourant présente différentes atteintes à la santé décrites par les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et les HUG, soit essentiellement un diabète insulino-requérant compliqué d'une polyneuropathie avec pallesthésie, une discarthrose lombaire et une omalgie gauche sur omarthrose après luxation de l'épaule gauche. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est de 100 % dans l'ancienne activité de ferblantier depuis le 15 octobre 2004. Sans se prononcer plus précisément, ce médecin indique que le recourant pourrait exercer une autre activité, pour autant qu'elle respecte les limitations qu'entraînent ses atteintes à la santé, à savoir pas de position statique pendant longtemps, ni de position à genou, il doit éviter de se baisser, l'inclinaison du buste, le port ou le déplacement de charges, les horaires de travailler irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sols irréguliers ou en pente. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il considère également que l'incapacité de travail est de 100 %, depuis le 23 janvier 2006; dans une activité adaptée, il indique dans son courrier du 25 octobre 2007, qu'elle ne pourrait pas être exercée à plein temps, en raison d'une baisse de l'acuité visuelle, sans davantage de précision. Le Dr P\_\_\_\_\_, du SMR Suisse romande, a retenu les mêmes diagnostics que ses confrères de même qu'un conflit sous-acromial de l'épaule droite, qui entraînent des limitations fonctionnelles. Au niveau des épaules et du rachis lombaire, le recourant doit éviter un travail sollicitant les membres supérieurs à contre-résistance statique ou dynamique, tout travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, le port et le soulèvement de charges d'un poids supérieur à cinq kilos et il doit alterner une fois par heure la position assise et debout. Concernant les genoux, il convient d'éviter les genuflexions répétées, les déplacements en terrain accidenté ou imposant le franchissement régulier d'escaliers, d'escabeaux ou d'échelles. Le médecin du SMR se rallie à l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ et considère que l'incapacité de travail de 100 % depuis le 15 octobre 2004 dans l'ancienne activité de ferblantier est tout à fait légitime. En revanche, dans une activité adaptée respectant scrupuleusement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %. Le recourant conteste toute valeur probante au rapport du SMR, au motif que ce dernier n'a pas procédé à un examen pluridisciplinaire, notamment du point de vue ophtalmologique et psychologique. Il soutient que le Dr P\_\_\_\_\_ ne disposait pas d'un dossier complet, notamment radiologique, et que l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée est par trop hâtive. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Tribunal de céans constate que le médecin du SMR a émis ses conclusions sur la base d'un dossier complet. Il avait notamment en mains le dossier radiologique du recourant, à savoir un rapport du 23 février 2006 concernant l'épaule gauche, un rapport d'échographie de cette même épaule gauche datée du même jour, un rapport du 23 février 2006 concernant la colonne lombaire et un rapport d'échographie abdominale du 11 décembre 2006. Dans l'appréciation du cas, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé qu'il ne disposait que de radiographies de l'épaule gauche, mais il a constaté une mobilité restreinte à droite et des symptômes évocateurs d'un conflit sous-acromial. Il a dûment retenu ce dernier diagnostic, de même que les répercussions sur la capacité de travail en découlant; en effet, les limitations fonctionnelles qu'il a mentionnées concernent les deux épaules. Pour le surplus, le rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen complet et la prise en compte des plaintes du recourant. Les conclusions du rapport SMR sont claires et dûment motivées. Le recourant invoque une perte de l'acuité visuelle et se réfère à l'avis

du Dr M\_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans relève cependant que le Dr N\_\_\_\_\_, ophtalmologue, n'a pas diagnostiqué de rétinopathie diabétique à l'examen du 9 février 2006, que l'hypermétropie bilatérale et l'astigmatisme gauche ont été corrigés par la prescription de lunettes et que les anomalies microvasculaires ne nécessitent qu'une surveillance. Le recourant ne produit aucun document attestant d'une dégradation de sa vision. Sur le plan psychologique, force est de constater qu'aucun médecin n'évoque des problèmes de ce type. Force dès lors est de constater qu'aucun document médical ne permet au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions du rapport du SMR, qui revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée supra. Il convient en conséquence de déterminer le degré d'invalidité du recourant, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. a) 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. b) En l'occurrence, l'année 2005 est déterminante, dès lors que l'incapacité de travail du recourant remonte au 15 octobre 2004. Concernant le revenu d'invalide, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les données statistiques, dès lors que le recourant n'exerce pas d'activité lucrative. 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 4'588 fr. par mois en 2004 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 53). 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 2004 et 2005 (41,6 heures; La Vie économique, 7-8-2007, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 4'771,50 ou 57'258 fr. par année. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2005 (La Vie économique, 9-2007, p. 99, B10.3), on obtient un revenu annuel de 57'805 fr. Vu l'âge du recourant et ses handicaps qui ne permettent qu'une activité légère, l'OCAI a procédé à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 20 %, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Il en résulte un revenu d'invalidé de 46'244 fr. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant estime qu'il convient de prendre en compte le gain qu'il aurait réalisé comme ferblantier, soit 6'000 fr. net en moyenne. Or, avec l'intimé, il y a lieu de constater que le recourant n'a plus exercé cette activité depuis 1996, soit bien avant son incapacité de travail. Il conviendrait en principe de prendre en compte le gain réalisé dans la dernière activité exercée, celle d'auxiliaire polyvalent (chauffeur, aide de travaux de chancellerie). L'intimé s'est cependant référé aux salaires statistiques pour une activité de chauffeur (TA7 ESS 2004, ligne 31, niveau 4, compte tenu d'une durée de travail hebdomadaire de 41.6 heures et réadapté à 2005), étant donné que l'employeur ne pouvait pas offrir plus qu'un temps très partiel pour le poste en question et qu'il n'apparaissait au demeurant pas totalement adapté. Cette façon de faire n'apparaît pas critiquable, de sorte que le revenu sans invalidité s'élève à 62'429 fr. par an en 2005. De la comparaison des gains résulte en conséquence un degré d'invalidité de 26%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours est ainsi mal fondé sur ce point. Reste à examiner si le recourant peut être mis au bénéfice de mesures de réadaptation. a) Au vu du degré d'invalidité retenu, le recourant a droit en principe à des mesures de réadaptation professionnelles, étant rappelé 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). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de rente ou qu'elle doit se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). La réadaptation a en effet la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible (cf. art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGa). Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement, cf. art. 8 al. 3 let. b LAI). En l'occurrence, l'intimé a toutefois refusé de telles mesures, se fondant sur le rapport de la division de réadaptation selon lequel elles seraient vouées à l'échec. Le recourant conteste le prétendu défaut de motivation dont fait état l'intimé et conclut à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles adéquates. b) Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une

mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (voir not. arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265). c) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également les arrêts I 265/05 du 3 octobre 2005, consid. 4, et I 485/04 du 16 décembre 2004, consid. 6.1). Le Tribunal de céans constate en premier lieu qu'il n'est nullement établi que le recourant ait manifesté clairement son refus de participer à une mesure de réadaptation professionnelle. Quoi qu'il en soit, l'intimé n'a pas procédé à la mise en demeure formelle requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral ainsi que le Tribunal fédéral l'a jugé (ATF du 13 juin 2007 I 552 /06; ATF du 25 février 2008 8C\_356/2007 ). La cause doit être en conséquence renvoyée à l'office AI afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé, le cas échéant, à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. Sur ce point, le recours se révèle bien fondé. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA). Au vu de l'issue du litige, un émolument de 300 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement dans le sens des considérants. Renvoie la cause à l'OCAI pour examen et mise en place de mesures de réadaptation professionnelles conformément aux considérants. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'OCAI. 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 Isabelle CASTILLO La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.