



POUVOIR JUDICIAIRE

A/141/2007

ATAS/752/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6
du 2 juillet 2007

En la cause

Monsieur Z _____, domicilié , Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur Z_____, né le 1964, originaire de Yougoslavie, marié, père de trois enfants, est entré en Suisse en 1987 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement C. Il est titulaire d'un diplôme de kinésithérapeute. Il a exercé la profession de manœuvre puis d'aide-jardinier depuis 1999 auprès de X_____ S.A.
2. Le 27 octobre 2000, la Doctoresse A_____, spécialiste en angiologie, médecine interne FMH, a attesté que l'assuré avait, suite à un accident de la circulation, développé un Raynaud typique touchant les deux mains, sans épargne des pouces. Elle proposait de la physiothérapie afin d'améliorer l'équilibre de la ceinture scapulaire, le patient se plaignait d'une raideur et de douleur de la colonne cervicale. En cas de non amélioration, un large bilan biologique, à la recherche d'une collagénose de cryoglobulinémie serait alors à pratiquer.
3. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 7 novembre 2000.
4. Le 6 août 2001, le Centre de médecine du travail, ergonomie et hygiène, à Zürich, a rendu une expertise à la demande de la Rentenanstalt Swiss Life, reconnaissant à l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit à l'intérieur, légère et sans vibration.
5. Le 19 décembre 2001, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 12 février 2002, X_____ S.A. a allégué que l'assuré avait travaillé du 21 octobre 1999 au 7 novembre 2000, que son horaire de travail était de 45 heures par semaine l'été et de 40 heures par semaine l'hiver et que le salaire en 2002 était de 4'210 fr. par mois.
7. Le 18 avril 2002, la Doctoresse A_____ a attesté d'un phénomène de Raynaud touchant les quatre extrémités, secondaire à une probable sclérose systémique et entraînant une incapacité de travail à 100%. Divers traitements étaient restés sans effet. Il y avait une incapacité de travailler à l'extérieur mais une autre activité était exigible selon la température des locaux.
8. Le 25 avril 2002, le Docteur B_____, médecin-chirurgien, a diagnostiqué une maladie de Raynaud existant depuis le 7 novembre 2000. Depuis un an et demi le patient présentait des fourmillements, picotements et décoloration des deux mains au froid. Le pronostic était réservé concernant la reprise de travail car il fallait éviter tout changement de température, de contact avec l'eau froide et un travail nécessitant des mouvements précis avec les doigts était impossible.

Il a attesté d'une incapacité totale de travail. On pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille 3 à 4 heures par jour dans des travaux non-manuels, à l'intérieur, sans changement de température.

9. Une capillaroscopie/test au froid du 2 mai 2002 conclut à une capillaroscopie anormale non spécifique (dystrophies mineures nombreuses) nécessitant un suivi clinique et biologique.
10. le 2 octobre 2002, le Docteur C_____ du SMR Léman, a rendu un rapport médical concluant à une situation claire de réadaptation professionnelle mais en aucun cas il ne fallait organiser un stage d'orientation à temps partiel.

Il conclut aux limitations suivantes : " travail essentiellement à l'intérieur d'un bâtiment, sans vibrations, sans exposition au froid, travaux physiquement légers à moyen, sans port de charges lourdes", et à une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

11. Le 11 avril 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport suite à un examen, concluant à la mise sur pied d'un stage de type OSER au CIP du 26 mai au 21 septembre 2003.
12. Une capillaroscopie du 7 mai 2003 ne montrait aucune évolution par rapport aux précédentes. L'assuré présentait un phénomène de Raynaud manifestement secondaire à une sclérodermie avec peu de répercussion capillaroscopiques.
13. Le Docteur D_____ a attesté le 4 juin 2003 que le stage OSER de l'assuré avait été interrompu en raison d'une aggravation objective de la situation clinique. Ses mains étaient actuellement inutilisables, gonflées et tuméfiées, et sans qu'une cause à cette aggravation ait pu être mise en évidence. Des investigations complémentaires étaient en cours, pour tenter de préciser le diagnostic de cette affection soit auto-immune soit rhumatologique, qui s'était très nettement détériorée au cours des derniers mois. Il convenait donc de se renseigner auprès des médecins angiologues et rhumatologues qui procédaient aux investigations actuelles avant de reprendre des mesures professionnelles.
14. Un rapport OSER du 6 juin 2003 mentionne une présence effective au stage de 4 jours et une interruption du stage le 3 juin 2003 suite à un certificat d'incapacité de travail de la Doctoresse A_____. Le rapport précise que l'assuré a participé avec intérêt autant en animations qu'à la présentation de l'atelier. Il a été ouvert avec les maîtres et les collègues. Il a valorisé sa profession de physiothérapeute apprise au Kosovo et pratiquée une année. Sa présentation est correcte et son français était relativement bon pour un non-francophone. L'assuré était positif et souriant. Il exprimait également sa confiance dans la hiérarchie, ainsi que son intérêt pour le travail avec le groupe. Il s'estimait mis à l'épreuve par sa maladie qui lui enlevait la joie de vivre. Il utilisait peu ses mains. La position assise avait été maintenue

relativement bien. Il était proposé une nouvelle mesure OSER dès que la situation de l'assuré serait stable.

15. Une échocardiographie du 18 juin 2003 effectuée suite à des douleurs thoraciques atypiques de longue date conclut à "une fonction systolique globale du ventricule gauche conservée, possible dysfonction diastolique. Insuffisance tricuspидienne discrète. Insuffisance mitrale minime".
16. Le 25 juin 2003, le Docteur E_____, spécialiste FMH médecine interne, Allergologie et Immunologie clinique, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis mars 2001. L'ancienneté du phénomène de Raynaud et, sur le plan biologique, d'un FAN centromère était suggestive d'une sclérose systémique limitée, restée stable jusqu'à janvier 2003, où le patient avait noté une tuméfaction douloureuse des mains. La symptomatologie douloureuse des mains pouvait être le reflet d'une aggravation des troubles de la microcirculation, et ceci même si la capillaroscopie n'était pas inquiétante et que le titre du FAN avait diminué. Il n'y avait pas de pathologie cardiaque et les fonctions pulmonaires étaient rassurantes.
17. Le 16 février 2004, le Docteur E_____ a relevé que l'évolution depuis avril 2002 était lentement défavorable, avec une nette aggravation de la symptomatologie douloureuse des mains depuis janvier 2003. Une capillaroscopie de contrôle effectuée en mai 2003 n'avait pas montré d'aggravation des troubles déjà connus. Sur le plan clinique, on notait un important scléroedème des deux mains. Le pronostic était difficile à évaluer. Il existait peu de chances de voir les troubles actuels s'améliorer. Compte tenu des importantes douleurs des mains, il était difficile de concevoir actuellement un travail nécessitant l'utilisation des mains.
18. Le 16 février 2004, le Docteur E_____ a adressé le patient au Docteur F_____, Unité d'Immunologie de "établissement hospitalier" Genève, en raison de douleurs thoraciques et d'épisodes de vertiges.
19. Le 3 mai 2004, le Docteur G_____, Spécialiste FMH en Cardiologie, a attesté que l'examen clinique du système cardiovasculaire et un électrocardiogramme au repos étaient globalement dans les limites de la norme.

Bien que le résultat de l'ergométrie parlait contre une atteinte coronarienne significative, celle-ci ne pouvait être entièrement exclue. De plus, une composante vaso-spastique (angor de type Prinzmetal) pouvait aussi expliquer la symptomatologie actuelle.

20. Le 19 mai 2004, le Docteur H_____, à la suite d'une coronarographie, a exclu définitivement une atteinte coronarienne. Un examen électrophysiologique du 3 juin 2004 conclut à une tendance du côté gauche au ralentissement distal de la conduction nerveuse sans signification pathologique certaine.

21. Le 17 mai 2004, le Docteur C _____ a relevé que, compte tenu des limitations qui ne permettaient plus qu'une activité de type intellectuelle, une nouvelle appréciation des mesures professionnelles et de l'invalidité devait être faite. Le pronostic ne semblait pas bon; en cas d'octroi d'une rente il faudrait néanmoins réviser après une année, étant donné le jeune âge de l'assuré et la nature évolutive de la maladie.
22. Le 30 juin 2004, le Docteur F _____ a rendu un rapport médical suite à une consultation d'immunologie des 21 août, 11 mars, 14 avril, 30 avril et 6 mai 2004.

Il a posé les diagnostics de connectivité indifférentisme pré-sclérose systémique, FAN d'aspect centromère (1/2560), phénomène de Raynaud typique depuis 2000, douleurs thoraciques mal systématisées.

Le patient présentait un phénomène de Raynaud typique non évolutif depuis 2000 (absence de lésion trophique) ne répondant que partiellement à un traitement de Cosaar. Les éléments invalidants étaient actuellement une tuméfaction des mains et des douleurs rétrosternales atypiques.

Il poursuit : "Le bilan cardiologique complémentaire effectué par le Docteur G _____ a permis d'écarter complètement une atteinte coronarienne à l'origine des douleurs rétrosternales. Concernant la tuméfaction des mains qui engendre une impotence fonctionnelle d'après le patient, elle est effectivement objectivable et dans ce sens nous avons introduit un traitement de Prednisone à petite dose (10 mg/jour). Après un mois et demi de traitement le patient n'a pas observé d'amélioration. D'autre part, la réduction de celle-ci n'a pas entraîné d'aggravation des symptômes. Nous avons également complété les tests par un ENMG en raison de signe douteux pour un tunnel carpien. Cet examen a montré des vitesses de conduction du nerf médian gauche globalement ralenties. L'examen est resté cependant limité en raison d'une mauvaise tolérance. Nous avons refait des fonctions pulmonaires complètes avec DLCO et qui s'avèrent entièrement normales.

Dans ce contexte, le diagnostic est celui d'une connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique (phénomène de Raynaud et FAN centromère positif), une atteinte d'organe n'ayant pas pu être démontrée. Si l'on observe l'évolution des symptômes depuis quatre ans on constate que la maladie est relativement peu active".

23. Le 31 mai 2005, la division de réadaptation professionnelle a attesté que l'évolution psychotechnique de l'assuré du 26 mai 2004 montre que ses résultats sont nettement en dessous de la moyenne par rapport à des adolescents qui terminent leur scolarité obligatoire, qu'il a des connaissances en français limitées à l'oral et l'écrit, de sorte qu'une formation trop exigeante et trop théorique ne serait pas envisageable.

24. La Doctoresse I _____, médecine physique et rééducation du SMR, a rendu le 19 septembre 2005 un rapport médical suite à l'examen clinique de l'assuré du 27 juillet 2005.

Le phénomène de Raynaud apparu en 2000 quelques mois après un accident de la circulation où il avait perdu connaissance avait été classifié comme secondaire et attribué à une maladie de type sclérodermie. Le patient se plaignait aussi de douleurs aux pieds, à la marche et au thorax (douleurs en coups de couteau).

L'échocardiographie du 18 juin 2006 et la double capillaroscopie avaient apporté des éléments en faveur d'une sclérodermie, non concluants.

Les diagnostic étaient, avec répercussion sur la capacité de travail, : un phénomène de Raynaud probablement secondaire à une maladie sclérodermique localisée et sans répercussion sur la capacité de travail, une autolimitation de la main gauche et un status post-accident de circulation en 2000.

L'assuré avait développé une attitude d'évitement en utilisant très peu sa main gauche. Il existait des douleurs et une baisse de la fonction des mains surtout à gauche, ainsi que des douleurs thoraciques et au niveau des pieds, avec observation d'un phénomène de Raynaud que les investigations avaient permis de mettre dans le cadre d'une probable sclérodermie. Actuellement, il n'y avait aucun symptôme clinique objectif de cette affection et on ne constatait qu'une autolimitation de la main gauche.

Il y avait donc une importante discordance entre les limitations fonctionnelles et les douleurs alléguées et peu de signes cliniques actuellement décelables. Cet assuré sinon en bonne santé, qui disait ne pas du tout pouvoir utiliser sa main gauche, avait une vie sociale tout à fait normale, il passait beaucoup de temps à boire des cafés avec ses copains. Il ne semblait donc pas trop souffrir de cette situation quand même un peu exceptionnelle pour un jeune homme, et ne faisait pas de projet concret professionnel futur. Il n'y avait aucun signe de réaction dépressive ou de désorganisation de sa vie. En tenant compte des symptômes objectifs, on pouvait en déduire quelques limitations fonctionnelles, mais qui ne justifiaient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il fallait éviter des travaux de force avec les mains, ainsi que des travaux avec des appareils vibrants. L'assuré devait avoir la possibilité de travailler à une température ambiante normale, évitant le froid et le trop chaud. Il y avait une incapacité de travail totale comme manœuvre et aide-jardinier et une capacité entière dans une activité adaptée dès 2001. Par rapport aux indications du rapport du Docteur C _____, daté du 2 octobre 2002, il n'y avait aucun changement, les limitations fonctionnelles ainsi que les autres indications restaient les mêmes. Si l'assuré déclarait avoir subi une pérégration en 2003, celle-ci était purement subjective et n'était pas appuyée par des éléments objectifs.

25. Le 28 septembre 2005, le Docteur C_____ du SMR Suisse Romande, a rendu un avis médical à la suite d'un examen de l'assuré du 27 juillet 2005.

La situation était "redevendue calme" et était superposable à celle de l'expertise de 2001 et, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Restait le problème de la péjoration de l'état des mains entre janvier 2003 et février 2004, laquelle commandait de questionner le Docteur B_____.

26. Le 18 octobre 2005, le Docteur B_____ a précisé, à la demande de l'OCAI, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis janvier 2003; parfois il y avait des exacerbations avec des épisodes de tuméfactions matinales des doigts, avec fourmillements et douleurs à la mobilisation. Il avait été vu toutes les 3-4 semaines et, par intermittence, par des spécialistes de l'Hôpital cantonal en angiologie ainsi que par Docteur E_____. Il y avait des rémissions de courte durée de 5 à 6 jours suite auxquelles à nouveau les doigts devenaient fusiformes, boudinés et le patient se plaignait de fourmillements, de douleurs ainsi que des brûlures.

Il existait une incapacité de travail dans toute activité dès le 7 novembre 2000.

Il lui semblait qu'à partir de la reprise du stage, il pouvait s'intégrer dans un travail moins difficile, mais, selon le patient, ses doigts boudinés n'obéissaient absolument pas à aucun ordre donné. Il avait des troubles sensitifs et surtout pendant les activités, quand il touchait des objets, il avait des sensations de fourmillements, de décharges électriques, raison pour laquelle il indiquait qu'il ne pouvait pas reprendre son travail.

27. Le 15 novembre 2005, le Docteur C_____ a rendu un avis médical en soulignant qu'il était étonnant que la pathologie n'évolue pas alors qu'elle était connue pour une évolution progressive avec apparition de lésions objectives au fil du temps et la question d'une simulation restait donc posée. Les conclusions du rapport du SMR du 1^{er} octobre 2002 étaient encore d'actualité.
28. Le rapport de réadaptation professionnelle de l'AI du 27 janvier 2006 relève qu'une activité du secteur tertiaire est possible (réceptionniste, surveillant par exemple) et que le revenu d'invalidé, fondé sur l'ESS 2000, adaptée pour 2001, est de 48'335 fr. alors que celui sans invalidité est de 54'552 fr. en 2001 (après une réduction supplémentaire de 15%) ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 11%.
29. Par décision du 16 février 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur un degré d'invalidité de 11%. Il a précisé qu'une aide au placement pourrait, sur demande, être accordée.
30. Le 16 mars 2006, le Docteur B_____ a rendu un avis médical. Il relève que "les premières plaintes du patient apparaissent dans le mois de novembre 2000 au

niveau des deux mains ainsi qu'au niveau des deux pieds avec symptomatologie de fourmillement douloureux des bouts de doigts qui deviennent fusiformes boudinés et selon le patient n'obéissent à aucun ordre. Selon l'anamnèse tous ces troubles sensitifs de fourmillement de décharge électrique apparaissent au moindre changement de température ou d'humidité ainsi qu'à l'effort, les doigts prennent une couleur bleu cyanotique. Sous le traitement d'Adalat il y a des rémissions de cinq à six jours. Dès que le patient signale une amélioration, une tentative de travail et décidée mai après vingt-quatre heures le patient revient en disant qu'il ne peut absolument rien faire. Bien entendu vu ces symptômes et les plaintes répétées du patient et après tous les échecs de reprises du travail, j'ai dû lui délivrer l'arrêt de travail chaque mois. Il est vrai que pour M. Z _____ trouver un travail : sans humidité, sans changement de température, sans vibration, sans travaux manuels, sans faire d'effort ou soulever du poids est très difficile. Bien entendu un travail de surveillance dans un endroit où il n'y aurait pas de changement de température serait idéal pour lui".

31. Le 17 mars 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Docteur B _____ avait estimé qu'il était entièrement incapable de travailler et que l'OCAI ne précisait pas quelle activité il serait capable d'effectuer, en violation de son droit d'être entendu. Il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente.
32. Le 6 septembre 2006, le Docteur J _____, allergologie et immunologie FMH, a écrit au Docteur B _____ qu'il avait examiné le patient les 24 août et 4 septembre 2006. Les diagnostics posés étaient les suivants : connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique, non évolutive depuis mars 2004; éosinophilie périphérique (1040 G/L); syndrome de Tietze; rhinosinusite chronique. Il avait pratiqué un bilan biologique et une spirométrie.

"Les résultats, tout comme la clinique permettent de dire que la connectivité du patient est restée stable depuis 2004. S'il n'est pas rare de retrouver une éosinophilie avec certaines collagénoses, au vu de l'augmentation de celle-ci, il me semble toutefois important de compléter le bilan afin d'écarter des causes secondaires d'éosinophilie. Ainsi, la présence d'une rhinosinusite chronique mériterait d'effectuer des prick-tests et de doser les IgE totaux à la recherche d'une cause allergique. Il serait également important de rechercher des parasites dans les selles ou de faire des sérologies pour les parasites. J'ai proposé au Docteur E _____ d'effectuer ces analyses lors d'un prochain contrôle ainsi que de refaire une FSC pour contrôler l'éosinophilie. Je n'ai pas d'arguments cliniques pour une éosinophilie entrant dans le cadre d'une facéite à éosinophile (syndrome de Shulman)".

33. Par décision du 30 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant qu'aucun des médecins consultés n'excluait une reprise d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles, par exemple de réceptionniste ou de surveillant.
34. Le 11 janvier 2007, le recourant s'est soumis à une nouvelle capillaroscopie/test au froid concluant à une capillaroscopie anormale spécifique (dystrophies majeures). Le Docteur K_____ a relevé qu'elle est toujours anormale mais sans grand changement par rapport à 2003. Ces anomalies pouvaient être considérées comme évocatrices de sclérodermie ou Crest mais restaient très modérées.
35. Le 15 janvier 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'un reclassement professionnel ou d'une aide au placement et, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Il relève qu'il souffre d'une maladie de Raynaud qui a pour effet de provoquer dans les extrémités des douleurs, des décharges électriques, un œdème et des troubles sensitifs, notamment en cas de changement de température et en cas de stress. Sa maladie était bien évolutive, contrairement à l'avis médical du SMR. Il ne pouvait plus exécuter une activité physique et seule une activité de type intellectuelle était possible. Toutefois, les activités de réceptionniste et surveillant mentionnée par l'OCAI étaient irréalistes car il ne pouvait effectuer d'activités annexes souvent exigées, comme l'emploi du téléphone et de l'ordinateur ou encore se déplacer fréquemment, puisque sa maladie affectait aussi ses pieds. Par ailleurs, la réduction de 15% sur le revenu d'invalidité devait être augmentée à 25% en raison des limitations fonctionnelles particulièrement importantes, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 25% ouvrant le droit à une mesure d'ordre professionnel, soit un reclassement ou une aide au placement.

36. Le 2 février 2007, le Docteur L_____, FMH médecine interne du SMR, a rendu un avis médical à la suite de l'examen capillaroscopie/test au froid du 11 janvier 2007 et conclut qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis l'examen du SMR du 27 juillet 2005.
37. Le 12 février 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis médical du SMR du 2 février 2007. Il convenait de constater qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'examen médical du SMR du 27 juillet 2005.
38. Le 20 mars 2007, le recourant a répliqué en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré dès lors que les "établissement hospitalier" attestaient de dystrophies majeures et que la maladie évoluait lentement. Il réclamait une formation afin d'être en mesure d'exercer une activité intellectuelle.
39. Le 20 avril 2007, l'OCAI a dupliqué en relevant que le reclassement professionnel ne pouvait être accordé mais qu'une aide au placement pouvait lui être offerte.

40. A la demande du Tribunal de céans les Docteurs B_____, F_____ et E_____ ont donné un avis médical concernant la capacité de travail du recourant.

- Le 8 mai 2007, le Docteur B_____ a relevé qu'il soignait le recourant depuis l'an 2000. "La santé et l'évolution de sa maladie (syndrome de Raynaud), font que M. Z_____ ne peut exercer une activité professionnelle et toutes les tentatives de reprise de travail ont échoué ces sept ans. Il s'agit d'une maladie handicapante qui restreint la plupart des activités manuelles, au niveau de la force, ou à cause de syndromes douloureux et/ou fourmillements pouvant être liés à un changement minime de température ou de pression atmosphérique. En ce concerne l'appréciation de l'OCAI selon laquelle M. Z_____ est en mesure d'exercer une activité lucrative depuis 2001 est une question très difficile, étant donné que toutes les tentatives de reprises dans les différentes professions ont échoué. Il a été examiné et réexaminé par les spécialistes de Genève, de Zurich, par les allergologues de Genève et il n'y a jamais eu de conseil précis de la part de mes collègues concernant la reprise et le pourcentage de travail. Evidemment, M. Z_____ maintient la version qu'il ne peut absolument pas travailler, ce qui est tout-à-fait véridique parce qu'un travail où il y a un changement même minime de température, où il faut qu'il touche l'eau froide, ou bien qu'il utilise des machines de précision, il est incapable de faire des mouvements minutieux avec ses doigts. A l'époque, j'avais conseillé comme unique travail éventuellement possible, le métier de surveillant, par exemple dans un lieu où il n'y a pas de changement de température, où il ne faut pas soulever des charges de plus de deux kilos et/ou l'humidité est constante. Je pense que pour éclaircir et donner un avis le plus favorable, il faudrait une révision de sa santé par un médecin-conseil de l'assurance ou par un médecin-conseil de l'entreprise".
- Le 9 mai 2007, le Docteur F_____ a indiqué qu'il avait suivi le recourant du 21 août 2003 au 6 mai 2004. "Les investigations pratiquées à l'époque avaient permis d'exclure une pathologie coronarienne et toute autre cause qui pouvait expliquer les douleurs thoraciques. D'autre part les douleurs des mains étaient expliquées principalement par le phénomène de Raynaud secondaire à sa connectivité indifférenciée. Il est clair que les personnes qui souffrent de phénomène de Raynaud peuvent avoir des douleurs aux mains et que celles-ci deviennent aussi moins souples et moins aptes aux mouvements. Le stress et le changement de température sont connus pour aggraver ces symptômes. Sur cette base, je pense qu'à l'époque M. Z_____ était en mesure d'exercer une activité professionnelle à 100 % dans des conditions de travail qui n'impliquaient pas l'utilisation des mains et qui le mettait à l'abri de températures anormalement basses. Comme déjà mentionné plus haut, je ne peux m'exprimer sur la capacité de M. Z_____ d'exercer une activité

professionnelle actuellement puisqu'il souffre d'une maladie potentiellement évolutive et que je ne l'ai plus revu depuis mai 2004".

- Le 16 mai 2007, le Docteur E_____ a relevé qu'il suivait le recourant depuis mars 2001. "Compte tenu de la maladie chronique de ce patient, à savoir une sclérose systémique limitée avec syndrome de Raynaud symptomatique, M. Z_____ peut exercer une activité professionnelle, pour autant que celle-ci ne comporte aucun travail utilisant les mains. Une autre limitation concerne le lieu du travail, qui doit être tempéré, sans présenter de variations de température (p. ex. courants d'air). Je pense qu'une activité de type surveillance, avec les limitations susmentionnées, est envisageable de suite, et avec un taux de 100 %. La situation clinique de ce patient s'est modifiée depuis 2003, avec subjectivement une aggravation des douleurs des deux mains, bien qu'objectivement les examens (capillaroscopie en 2003) n'aient pas montré de modifications. Une dernière capillaroscopie de 2007, montre une discrète aggravation des lésions vasculaires. Bien qu'il soit toujours difficile de poser un avis rétrospectif, il semble en effet possible que M. Z_____ ait pu en 2001 déjà exercer une activité à 100 % avec cependant les limitations énoncées. Il me semble important de préciser que les différentes activités proposées à ce patient ne remplissaient pas les critères nécessaires (travail sans les mains, local tempéré sans variations de température)".
- 41. Le 13 juin 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en relevant que les derniers rapports médicaux versés au dossier n'apportaient aucun élément susceptible de faire une appréciation différente du cas.
- 42. Le 13 juin 2007, M. Z_____ a indiqué qu'il n'avait pas de remarques à formuler.
- 43. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1,

335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès novembre 2001, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour les prestations antérieures à cette date et par la LPGA pour les prestations postérieures au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

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

En l'espèce toutefois, l'OCAI a rendu une décision le 16 février 2006 et, suite à l'opposition du recourant du 17 mars 2006, une décision sur opposition le 30 novembre 2006, contre laquelle l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal de céans le 15 janvier 2007.

3. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, à des mesures de reclassement et à une aide au placement.
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). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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).

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'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 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.

6. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent

l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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)

8. a) En l'espèce, force est de constater que les avis médicaux figurant au dossier concordent quant à l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dans

une activité adaptée, c'est-à-dire respectant certaines limitations (sans travaux manuels, en particulier travaux de force avec les mains et minutieux avec les doigts, dans un endroit sans changement de température et sans exposition au froid et au "trop chaud", sans humidité, sans vibration, et sans port de lourdes charges) telle que réceptionniste ou surveillant. En effet, le centre de médecine du travail, ergonomie et hygiène à Zürich, a conclu le 6 août 2001 à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Tel est également le cas de la Dresse I _____ du SMR qui atteste le 19 septembre 2005 d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès 2001. S'agissant des médecins-traitants, la Dresse M _____, tout en attestant d'une incapacité de travail totale le 18 avril 2002 relève néanmoins que sur le plan angiologique une autre activité est possible à l'intérieur. Le Dr B _____ estime le 25 avril 2002 qu'il faut éviter un travail avec changement de température, contact avec l'eau froide et mouvement précis avec les doigts. Le 18 octobre 2005 il relève qu'un travail moins difficile serait possible et le 16 mars 2006 qu'un travail de surveillance sans changement de température serait idéal. Enfin, le 8 mai 2007 il précise que la question de la capacité de travail est difficile dès lors que toutes les tentatives de reprise ont échoué et qu'il faut une activité sans changement de température, même minime, sans contact avec de l'eau froide, sans machine de précision, ni mouvement minutieux des doigts, sans port de charges de plus de deux kilos. Quant au Dr E _____, il mentionne le 16 février 2007 qu'il est difficile de concevoir un travail nécessitant l'utilisation des mains, compte tenu des douleurs importantes mais que dans une activité adaptée la capacité de travail est de 100 % et le 16 mai 2007 il confirme cette pleine capacité de travail dans une activité sans utilisation des mains, telle que celle de surveillant. Enfin, le Dr F _____ mentionne le 9 mai 2007 qu'entre le 21 août 2003 et le 6 mai 2004, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans des conditions de travail qui n'impliquaient pas l'utilisation des mains et le mettaient à l'abri de températures anormalement basses.

b) Dans un arrêt du 11 juillet 2005 (I 531/04), cité par l'intimé, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a considéré que l'assuré né en 1946 qui souffrait d'une maladie de dupuytree aux mains et aux pieds était pleinement capable d'exercer une activité adaptée, soit sans port de lourdes charges, sans force accrue de serrage, ni exposition au froid ou longs déplacements à pied. Le TFA a jugé qu'on ne saurait considérer que le marché du travail n'offre, dans les postes non qualifiés, que des travaux de force ou de dextérité. Or, dans des activités non qualifiées telles que celles recensées par l'Office fédéral de la statistique, il existait un large éventail d'activités variées qui ne requéraient ni force particulière, ni dextérité fine, par exemple les travaux en partie mécanisés ou automatisés dans le secteur industriel ou les activités relativement nombreuses de surveillance.

De la même manière, en l'espèce, même si le champ d'activités possible pour le recourant est restreint en raison des diverses limitations susmentionnées, il y a lieu de considérer que le salaire statistique comprend un éventail d'activités adaptées

suffisant et d'appliquer en conséquence le salaire statistique comme revenu d'invalidé.

A cet égard, le recourant ne conteste pas le calcul même opéré par la réadaptation professionnelle de l'AI, soit la prise en compte d'un revenu annuel sans invalidité en 2001 de 54'552 fr. et d'un revenu d'invalidé de 48'335 fr., ce dernier étant calculé sur la base du salaire annuel selon l'enquête sur la structure des salaires 2000, réévalué selon une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures, indexée pour 2001 et bénéficiant d'une déduction de 15 %. Le degré d'invalidité de 11 % ne peut ainsi qu'être confirmé.

S'agissant de la déduction opérée, il y a lieu de constater qu'elle ne saurait être supérieure, compte tenu du jeune âge du recourant, du taux d'occupation à 100 % retenu dans l'activité d'invalidé, du permis C dont le recourant est titulaire et de sa connaissance du français. A cet égard, le TFA a appliqué dans le cas précité un abattement de 15 % au salaire statistique retenu (I 531/04). Par ailleurs, même si une déduction supérieure soit de 20 % lui était accordée, le taux d'invalidité serait uniquement de 16,6 %, soit inférieur pour ouvrir tout droit à des prestations de l'AI, rente ou mesure de reclassement (ATF 124 V 110). Enfin, s'agissant d'une aide au placement, il convient de constater que l'intimé l'a offerte au recourant.

9. Comme l'a relevé le Dr F_____, la maladie dont est atteint le recourant étant potentiellement évolutive, il appartiendra au recourant en cas d'aggravation de son état de santé de déposer une demande de révision auprès de l'intimé.
10. Au vu de ce qui précède, le recours en peut qu'être rejeté et un émolument de 200 fr. mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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