RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1705/2003 **ATAS/1008/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 2 décembre 2004

3ème chambre

En la cause

Monsieur G_____, comparant par Me Daniel VOUILLOZ, en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 — intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. De 1965 à 1999 Monsieur G_____ a travaillé en tant que coiffeur. D'abord salarié, il est devenu indépendant en 1989.

2. En 1994, suite à une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, il a subi une opération importante qui lui a occasionné un arrêt de travail de trois mois.

3. Dès 1995, l'intéressé a commencé à souffrir de l'épaule gauche. En 1996, il s'est fracturé la clavicule gauche. Les douleurs l'ont obligé à réduire son activité professionnelle à 30% et à engager des employés. Il a encore été opéré en 1997, en 1998 puis en 1999. L'augmentation des charges de son salon de coiffure l'a peu à peu conduit à s'endetter puis à fermer, en 1998.

4. Du rapport d'expertise établi en date du 3 février 1998 par le Dr A_____, chirurgien, à l'attention de la SWICA, il ressort qu'au printemps 1997, l'assuré a commencé à ressentir, dans l'exercice de son travail, des douleurs de plus en plus importantes au niveau de l'épaule gauche. Le traitement conservateur d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et d'infiltrations locales qui lui a été dispensé n'a amené aucune amélioration. Une rupture partielle du tendon du sus-épineux a alors été diagnostiquée. Une opération a eu lieu en septembre 1997 pour réparation de la coiffe et probable acromioplastie. L'évolution post-opératoire n'a été que lentement favorable. D'importantes douleurs et un manque de force au niveau du membre supérieur gauche ont persisté. En 1998, la mobilité active de l'épaule gauche était fortement limitée - le bras atteignant à peine l'horizontale -, le patient se plaignait de douleurs pratiquement permanentes à ce niveau-là - présentes également au repos et le réveillant la nuit – et la mobilisation de l'épaule exacerbait les douleurs. Le médecin a conclu à la persistance d'un important syndrome de périarthrite scapulo-humérale rendant impossible la reprise d'une activité professionnelle telle que celle de coiffeur. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et risquait de se prolonger (pièce 3, fourre 4 OCAI).

5. En 1999, le Pr. B_____ a attesté que l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité de coiffeur (pièce 4 recourant) mais que son état était susceptible d'amélioration (pièce 2 fourre 3 OCAI). Le 2 juillet 1999, il l'a qualifié de stationnaire (pièce 3 fourre 3 OCAI).

6. Par décision de l'OCAI du 17 mars 2000, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité assortie d'une rente complémentaire pour son épouse, sur la base d'un degré d'invalidité de 70%, avec effet au 1er juin 1997.

7. En novembre 2001, une procédure de révision de rente a été engagée et l'avis du Pr. B_____ a à nouveau été sollicité. Ce dernier a rendu son rapport en date du 15 avril 2002 sans avoir revu son patient, dont la dernière visite remontait au

mois d'octobre 2000. Il a confirmé les diagnostics précédemment posés et évalué la capacité de travail résiduelle à 30% en tant que coiffeur (pièce 6 fourre 3 OCAI).

8. Un rapport d'observation professionnelle établi en date du 6 décembre 2002 a conclu à une capacité résiduelle de travail de 70% dans le circuit économique normal (70% de rendement sur un plein temps ou 100% de rendement sur un temps de travail aménagé), dans un emploi léger, étant précisé que l'assuré devait éviter le port de charges ainsi que les travaux répétitifs impliquant des vibrations ou s'effectuant en hauteur. Les métiers retenus ont été les suivants : façonnage, petite mécanique, petites livraisons (analyses médicales, par exemple), travail de bureau simple. Il a été relevé que l'assuré présentait de bonnes aptitudes, tant au niveau physique (maîtrise, précision et coordination des gestes) qu'au niveau cérébral (mémoire, abstraction, capacité à suivre des cours théoriques) ou encore au niveau social (contact avec la clientèle possible). Le Dr C_____ a confirmé que l'assuré était limité dans l'emploi de ses membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ainsi que dans les mouvements répétitifs ou impliquant des vibrations régulières (ponçage par exemple). Selon lui, la situation était stabilisée et, en dehors des limitations mentionnées, l'assuré devait pouvoir travailler à plein temps avec un rendement de 70% dans une activité adaptée (pièce 10, fourre 5 OCAI).

9. Le 16 décembre 2002, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il concluait à une amélioration de l'état de santé et à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le taux d'invalidité était dès lors fixé à 35,4%, voire 39% au maximum, ce qui n'ouvrait plus droit à des prestations de l'assurance-invalidité (pièce 6, fourre 1 OCAI),

10. Par courrier du 28 décembre 2002, l'assuré a contesté toute amélioration de son état de santé et sollicité l'avis du Pr. B_____, qui l'avait opéré à cinq reprises.

11. Estimant que le Dr B_____ avait déjà été sollicité, l'OCAI n'a pas souhaité le réentendre et a rendu une décision formelle en date du 27 janvier 2003 supprimant la rente dès la fin du mois de février 2003 et retirant l'effet suspensif d'une éventuelle opposition.

12. Par courrier du 25 février 2003, l'assuré a formé opposition en demandant notamment le rétablissement de l'effet suspensif.

13. Le 30 juin 2003, par décision incidente sur opposition, l'OCAI a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif.

14. Par décision sur opposition du 31 juillet 2003, l'OCAI a confirmé sa décision de suppression des prestations.

15. Le 9 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours. Il allègue que le rapport que le Pr. B_____ a établi sans l'avoir revu contient des erreurs et des incohérences.

Il en conclut que le rapport médical a été entièrement rédigé sur la base d'archives datant de l'année de la décision initiale d'octroi de rente. Il admet que le Pr. B_____ avait indiqué en 1999 que son état était susceptible d'amélioration mais soutient qu'après les opérations de janvier et septembre 1999, tout espoir en ce sens a disparu. A l'appui de ses dires, le recourant produit un certificat médical de son médecin généraliste, le Dr D_____, attestant d'un état stationnaire et d'une totale incapacité de travail. Par ailleurs, le recourant relève que les seules activités proposées par l'office sont des activités simples et répétitives alors même que l'observation professionnelle a démontré qu'il devait précisément éviter les travaux répétitifs. Enfin, quant au degré d'invalidité, il fait remarquer que l'OCAI s'est basé pour ses calculs du revenu de non invalide sur celui réalisé en 1994, année durant laquelle il a été en arrêt de travail pendant trois mois. Il demande que le revenu sans invalidité soit basé sur l'année 1993 et réactualisé pour 2002. Il conclut à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 42,8% dans l'industrie manufacturière, ou de 44% dans les transports terrestres.

16. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 7 octobre 2003, a conclu au rejet du recours. Il rappelle que, s'agissant d'une procédure de révision, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Il soutient qu'une amélioration de l'état de santé du recourant est intervenue depuis la décision du 17 mars 2000 et en veut pour preuve les conclusions du stage d'observation professionnelle réalisé du 21 octobre au 17 novembre 2002, dont il ressort que la capacité résiduelle de travail de l'assuré est de 70% dans un poste adapté.

17. Par courrier du 16 décembre 2003, le recourant a produit un nouveau certificat émanant du Dr D_____ et attestant que les mouvements répétitifs des épaules et de la colonne vertébrale sont contre-indiqués.

18. Un nouveau certificat médical daté du 2 mars 2004 a été déposé, attestant d'une totale incapacité de travail.

19. Par courrier du 25 mars 2004, le conseil de Madame G_____, épouse de l'assuré, a informé le Tribunal de céans que sa cliente plaidait en divorce devant la 10ème chambre du Tribunal et que la procédure en divorce avait été suspendue dans l'attente de la décision en matière d'assurance-invalidité, dans la mesure où la question de savoir si les prestations de sortie de la prévoyance professionnelle étaient « partageables » ou non devait être réglée.

20. Par courrier du 10 mai 2004, le recourant a produit un nouveau certificat médical attestant d'une incapacité totale de travail.

21. Le Pr. B_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 19 août 2004. A cette occasion, il a confirmé que la dernière visite du patient remontait au 23 octobre 2000 et qu'il avait donc établi son rapport sur la base du seul dossier. La visite

suivante était survenue postérieurement, le 24 février 2003. Il explique qu'il entend par « état stationnaire » le fait que l'état du patient ne s'est pas réellement amélioré suite aux multiples opérations dont il a fait l'objet. Il confirme qu'en tant que coiffeur sa capacité de travail est nulle, mais se dit dans l'incapacité d'indiquer dans quelle mesure il pourrait exercer une activité adaptée. Il explique avoir évalué l'état du recourant par rapport à la palette des patients qu'il lui a été donné de voir : selon son expérience, dans des situations telles que celle du recourant, il n'y a pas de véritable amélioration mais pas non plus de péjoration. C'est ce qui l'a conduit à qualifier son état de stationnaire. Il se montre cependant catégorique sur le fait que l'assuré ne peut gagner sa vie en exerçant un travail qui sollicite ses épaules. Lorsqu'il a revu le patient en novembre 1999 - soit deux mois après sa dernière opération - puis en mars 2000, il n'envisageait pas la reprise d'un travail. Ce n'est que lors de sa visite suivante, en octobre 2000, que cette éventualité a été abordée. C'est alors le patient lui-même qui a évoqué la possibilité de reprendre son activité de coiffeur à 30%, ce qui a laissé le médecin sceptique, selon ses propres termes. Il estime qu'il y a tout de même eu une évolution depuis la dernière opération. A son avis, plusieurs problèmes se posent à l'assuré pour retrouver une activité : celui du manque de force, celui de la limitation des mouvements et enfin, celui de la chronicité des douleurs. Le médecin se dit peu optimiste sur la possibilité de trouver une activité ne sollicitant absolument pas les épaules et ne voit pour sa part pas quelle profession l'assuré pourrait exercer à 100% voire à 50% et continuer à long terme. Il souligne que l'assuré a fait preuve de bonne volonté en reprenant son activité après la première opération et estime qu'une chirurgie supplémentaire ne pourrait améliorer la situation. Dès lors, il admet que l'assuré n'avait plus de raison de venir le consulter après le mois d'octobre 2000. Il précise qu'il est effectivement fort possible que si l'assuré surmonte ses douleurs pour accomplir un travail physique, son état se péjore d'ici une à deux années.

22. Par courrier du 10 septembre 2004, le recourant a encore produit plusieurs certificats médicaux du Dr D_____, s'échelonnant de novembre 2003 à juin 2004, et attestant que tout travail sollicitant les épaules et des mouvements répétitifs de la colonne vertébrale serait contre-indiqué.

23. Dans ses conclusions du 8 septembre 2004, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours. Invoquant les déclarations du Pr. B_____, il a exclu toute amélioration de la situation par une intervention chirurgicale complémentaire, souligné avoir fait preuve de bonne volonté et allégué que s'il surmontait ses douleurs pour accomplir un travail physique, son état se péjorerait certainement rapidement. Il conclut être dans l'incapacité d'exercer quelle qu'activité que ce soit.

24. L'OCAI, par courrier du 10 septembre 2004, a également persisté dans ses conclusions. Il a souligné pour sa part que selon le Pr. B_____, il y aurait tout de même eu une évolution de l'état de santé de l'assuré, laquelle est confirmée in

concreto par les conclusions de l'observation professionnelle du 6 décembre 2002. Dès lors, il conclut à un taux d'invalidité inférieur à 40% et à l'exclusion de tout droit à la rente. Il suggère toutefois de prononcer le renvoi de la cause pour examiner le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

En l'occurrence, la décision de révision date du mois de janvier 2003 et les faits sur lesquels elle repose sont antérieurs. Dès lors, les dispositions de la LPGA ne sont pas encore applicables quant au fond. Quoi qu'il en soit, elles ne font que consacrer, en la matière, les règles et la jurisprudence applicables jusqu'alors.

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) est recevable en la forme.

4. Le présent litige porte sur la question de savoir si l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon l'art. 41 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, applicable en l'espèce), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à modifier le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les fait tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

A cet égard, la jurisprudence précise qu'il ne suffit pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée autrement (RCC 1987 consid. 1a p. 38). Ainsi, une appréciation médicale différente de l'effort que l'on peut exiger de l'assuré en ce qui concerne le travail qu'il est capable d'effectuer représente un élément de jugement de son cas et ne prouve pas un réel changement de circonstances (RCC 1985 p. 335 consid. 2c).

5. a) En l'espèce, il s'agit de comparer la situation de l'assuré telle qu'elle se présentait le 17 mars 2000, date de la première décision, à celle qui était la sienne au moment de la décision de révision, intervenue le 27 janvier 2003.

Au point de vue physique, le diagnostic n'a pas changé. Reste à examiner si la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée. Le recourant conteste le rapport établi le 15 avril 2002.

b) La valeur probante de ce rapport est effectivement sujette à caution. Ainsi que le relève le recourant, il se révèle contradictoire dans la mesure où il est affirmé que le patient pourrait travailler (point 10) mais aussi que son état est resté stationnaire (point 1) - ce dont on devrait logiquement tirer la conclusion qu'il est resté totalement incapable de travailler. Qui plus est, le médecin a indiqué que l'assuré travaillait à 30% en tant que coiffeur alors que ce n'était plus le cas depuis plusieurs années. Enfin, et surtout, il a admis lors de son audition avoir établi ce rapport sans avoir revu le patient, sur la base de ses seules archives et de son expérience professionnelle générale, ce qui n'est de loin pas suffisant au

regard des exigences posées par la jurisprudence en matière de documents médicaux pour tirer des conclusions sérieuses sur la capacité de travail de l'assuré.

Il convient de rappeler que selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue les preuves de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Il doit cependant examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à sa disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351).

L'élément décisif pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni le fait qu'il soit désigné comme un rapport ou une expertise médicale, mais bel et bien son contenu. Ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf.). L'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss).

Le rapport du Pr. B_____ ne répond manifestement pas à ces critères. D'autant que le TFA a jugé qu'un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier n'avait de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (ATFA U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1; RAMA 2001 n° U 438 p. 345, 1988 n° U 56 p. 370 consid. 5b). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

Quant aux explications données par le professeur lors de son audition, elles ne permettent pas non plus d'établir à quel taux la capacité de travail du recourant s'élève désormais : après avoir expliqué que l'état du recourant était stationnaire dans la mesure où « il ne s'était pas réellement amélioré », il a concédé qu'une évolution était tout de même intervenue depuis la dernière opération. Les seules certitudes sont que la capacité de travail du recourant en tant que coiffeur est nulle – ce qui n'est pas contesté – et que certaines activités sont contre-indiquées. Le

médecin rejoint sur ce point les constatations des experts qui ont procédé à l'observation professionnelle de l'assuré : tous sont unanimes pour reconnaître que ce dernier doit éviter les mouvements répétitifs, les charges et les mouvements en hauteur.

c) Il convient à présent de se pencher sur la valeur probante de l'observation professionnelle à laquelle a été soumise l'assuré. En effet, les certificats médicaux ne sont pas seuls à entrer en ligne de compte pour évaluer la capacité de gain. L'invalidité étant une notion économique et non médicale, ce ne sont pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

Le COPAI est une institution de l'assurance-invalidité dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; ATFA non publié I 220/04 du 20 septembre 2004, consid. 4.2).

En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une étude approfondie, sanctionnée par un rapport qui s'avère conforme aux réquisits jurisprudentiels. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, selon lesquels l'assuré pourrait exercer à 70% une activité adaptée comme celles de façonnage, petite mécanique, petites livraisons ou travail de bureau simple. Les activités énumérées correspondent aux limitations de l'assuré dans la mesure où aucune d'elle n'implique le transport de charges, des mouvements répétitifs, des vibrations régulières ou encore l'emploi des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. De ce point de vue, force est de constater qu'une amélioration est intervenue dans l'état de l'assuré, lequel était auparavant dans l'incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Il y a lieu à présent de déterminer les conséquences de cette amélioration sur sa capacité de gain.

6. a) S'agissant du revenu de non invalide, l'OCAI s'est basé sur une moyenne des revenus réalisés en 1993 et 1994, réactualisés pour l'année 2002 à l'aide de l'indice suisse des prix à la consommation (bénéfice net en 1993 : Fr. 49'524.-, soit, réactualisé en 2002 : Fr. 53'835.— et bénéfice net en 1994 : Fr. 38'460.- soit,

réactualisé en 2002 : Fr. 41'456.- ; cf. pièce 9, fourre 5 OCAI), aboutissant ainsi à un revenu de non invalide de Fr. 47'645.-. Il convient de rappeler que l'atteinte à la santé est apparue en 1995 et que l'assuré s'est vu reconnaître initialement un taux d'invalidité de 70% à compter du 1er janvier 1996.

Le recourant conteste ce montant. Il relève qu'en 1994, il a été en arrêt de travail pendant trois mois et demande que le revenu sans invalidité soit basé sur l'année 1993 et réactualisé pour 2002.

b) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé doit être déterminé aussi concrètement que possible, de sorte qu'il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant son invalidité (VSI 2000 consid. 3a p. 308). Ce montant est ensuite adapté à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 consid. 2c p. 313).

c) L'argument du recourant est pertinent. Il apparaît justifié de ne se baser que sur l'année 1993, dans la mesure où il est avéré qu'il a été trois mois en incapacité totale de travail durant l'année 1994. Dès lors, le revenu de non invalide, réactualisé en 2002, doit être fixé à **Fr. 53'835.-.**

7. a) Il s'agit à présent de déterminer le salaire que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré vu son atteinte à la santé. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Pour ce faire, la jurisprudence admet la possibilité de se référer à des salaires ressortant de tableaux statistiques; il en est notamment ainsi lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a plus repris d'activité lucrative ou du moins l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 126 V p. 76 consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b, VSI 2000 consid. 2a p. 84 ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 332/333 consid. 3c; RCC 1989 p. 332 consid. 3b). Le TFA se réfère, depuis 1994, à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée tous les deux ans. Est déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182).

Le TFA a toutefois précisé qu'il fallait encore tenir compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé, qui sont handicapées même dans l'accomplissement de travaux auxiliaires légers, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport à des travailleurs en pleine possession de leur capacité de travail et parfaitement aptes à être engagés, et qu'elles doivent généralement tabler sur un salaire proportionnellement moins élevé (VSI 2000 p. 84s. consid. 2b; VSI 1999 p. 185 consid. 3b; VSI 1999 p. 55 consid. 3b/bb; ATF 114 V 310 consid. 4b non publié; VSI 1998 p. 181 consid. 3a). Le cas échéant, il conviendra donc de procéder à une réduction du salaire statistique, en tenant

compte 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. La réduction résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Toutefois, elle ne devra pas dépasser globalement 25%, compte tenu de tous les facteurs entrant en ligne de compte (ATF 126 V 78 consid. 5 ; VSI 2000 p. 321 consid. 5b/cc). En outre, elle ne doit pas être opérée de façon générale et systématique. Il y a plutôt lieu d'examiner, en tenant compte de toutes les circonstances du cas concret, si et dans quelle mesure le revenu hypothétique que l'assuré pourrait obtenir doit être réduit de façon complémentaire. Dans ce contexte, une réduction inférieure à 25% est envisageable (VSI 2000 p. 319s. consid. 5a/bb; VSI 2000 p. 84s. consid. 2b; VSI 1999 p. 185 consid. 3b; VSI 1998 p. 181 consid 3a).

b) S'agissant du revenu d'invalide, l'OCAI a retenu un montant de Fr. 30'779.- en se basant sur le revenu que l'assuré aurait pu théoriquement réaliser en 2002 dans l'industrie manufacturière (cf. ESS 2000, Tableau A1 2000, 15-37, niveau d'activité 4 : Fr. 4'618.- x 12, soit Fr. 4'837.- x 12 pour un horaire de 41,9 heures = Fr. 58'048.-, soit, après indexation en 2002 : Fr. 58'627.--). Il a également tenu compte d'une diminution de rendement de 30% (conduisant à un revenu de Fr. 41'039.--) et d'une réduction supplémentaire de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de son ancienne condition d'indépendant.

L'OCAI a procédé à un second calcul dans le domaine des transports terrestres (cf. ESS 2000, Tableau A1 2000, 60 : Fr. 4'361.- x 12, soit Fr. 4'568.- x 12 pour un horaire de 41,9 heures = Fr. 54'818.-, soit, après indexation en 2002 : Fr. 55'364.-). Il a également tenu compte d'une diminution de rendement de 30% (conduisant à un revenu de Fr. 38'755.--) et d'une réduction supplémentaire de 25%. Le revenu d'invalide ainsi obtenu s'élève à Fr. 29'066.-.

c) Le recourant conteste également le revenu d'invalide retenu. Il allègue que les activités proposées sont simples et répétitives alors même que l'observation professionnelle a démontré qu'il devait précisément éviter les travaux répétitifs.

d) Le fait que le revenu d'invalide ait été déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives, ne permet pas de conclure que la situation effective du recourant n'a pas été convenablement prise en compte. Les activités regroupées au niveau de qualification 4 sont certes décrites comme « simples et répétitives » mais cela signifie surtout qu'elles ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières. On peut admettre que dans le domaine des services, par exemple, la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Au regard du large éventail d'activités simples que recouvre le secteur des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités

sont légères et adaptées au handicap de l'assuré. Pour le surplus, le fait que la rémunération dont le recourant pourrait bénéficier dans les activités lucratives pouvant encore être exigées de lui, sera, en principe, inférieure aux salaires qui sont usuellement servis dans les secteurs économiques où il pourrait être occupé, peut être pris en considération par le biais d'un abattement (limité à 25 %).

e) Si l'on prend pour référence le salaire qu'aurait pu réaliser en 2002 le recourant dans le secteur des services (cf. TA1 ESS 2002, secteur des services 50-93, niveau 4), à savoir un montant de Fr. 4'206.--, on obtient un montant mensuel de Fr. 4'405.80 pour 41,9 heures, soit Fr. 52'869.40 par année, soit, à 70%, Fr. 37'008.60. Si on applique à ce montant une réduction de 25% pour tenir compte, ainsi que l'a fait l'autorité intimée, de l'âge du recourant et du fait qu'il était autrefois indépendant, sans compter le fait qu'il doit à présent travailler à temps partiel, on aboutit à un revenu d'invalide de Fr. 27'756.45, ce qui représente un taux d'invalidité de 48.44%, ouvrant droit à un quart de rente. Dès lors, le recours sera partiellement admis en ce sens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant,

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et constate que Monsieur G_____ a droit à un quart de rente ;

3. Annule les décisions des 27 janvier et 31 juillet 2003 et renvoie la cause à l'OCAI pour calculer le montant de la rente ;

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de Fr. 1'500,-- à titre de participation à ses frais et dépens ;

5. Donne acte à l'OCAI de son accord d'examiner le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel et lui renvoie la cause pour ce faire ;

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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