

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2311/2007

ATAS/360/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 14 mars 2008

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS
Elisabeth

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPPPEL, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Le 13 décembre 2004, Monsieur C _____, né en 1946, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). A l'appui de sa demande de rente, il alléguait être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 20 novembre 2003, souffrir de tension artérielle élevée et avoir subi une attaque cérébrale (pce 1 OCAI).
2. L'OCAI a procédé à l'instruction de la demande et requis des informations auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA), assureur perte de gain de l'intéressé (pce 13 OCAI).

Dans trois rapports médicaux (datés des 28 décembre 2003, 6 avril et 5 août 2004) adressés au médecin-conseil de HELSANA, le docteur L _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lombalgie récidivante sur discopathie de L5, insomnie, état anxio-dépressif, céphalées tensionnelles, syndrome vertigineux, status post micro-hémorragie cérébrale et micro-angiopathie cérébrale diffuse. Il a évalué l'incapacité de travail à 100 % et réservé son pronostic.

Le 28 mai 2004, le docteur M _____, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen par électroencéphalogramme. Il a conclu à un tracé microvolté, mal systématisé, sans anomalie notable, chez un patient présentant des céphalées, des troubles sensitifs et des douleurs du membre supérieur gauche et connu pour un ancien AVC (p.m. : accident vasculaire cérébral) hémorragique temporal droit sur hypertension artérielle en 2001. Selon lui, il s'agissait vraisemblablement de douleurs neurogènes séquellaires de l'accident vasculaire de 2001 sans évidence d'une origine épileptique, raison pour laquelle il a introduit un traitement médicamenteux spécifique.

3. La doctoresse N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a, dans un rapport du 20 décembre 2004 (pces 16 à 18 OCAI), posé les diagnostics d'état dépressif moyen (F32.1) depuis 2002, status après AVC hémorragique temporal droit en 2001 et hypertension artérielle depuis plusieurs années. Elle a décrit un patient ralenti sur le plan psychomoteur, apathique, anxieux, triste, se montrant très pessimiste par rapport à son avenir et présentant une perte de goût et d'intérêt. Les plaintes étaient de divers ordres : maux de tête presque permanents, troubles de la mémoire pour les faits récents, troubles de la concentration et tristesse. Le traitement médicamenteux entrepris (antidépresseurs, tranquillisants et somnifères) n'avait pas donné les résultats désirés. Elle a émis l'opinion que les affections présentées entraînaient une incapacité de travail totale dans tout type d'activité.
4. Également interrogé, le dernier employeur de l'assuré, X _____ SA, a exposé avoir licencié l'intéressé, ouvrier au tri du vieux papier, avec effet au 31 janvier

2004. Son salaire annuel, en 2003, s'élevait à 60'883 fr. 55 et il n'avait plus repris le travail depuis le 19 novembre 2003 (pce 25 OCAI).

5. Le 21 février 2005 (pces 31 et 32 OCAI), le docteur L_____ a transmis à l'administration un rapport médical dans lequel il a mentionné les pathologies suivantes : état anxio-dépressif significatif, céphalées invalidantes et dysesthésies du membre supérieur gauche souvent hyperalgiques suite à un AVC en 2001, lombalgie invalidante récidivante sur la base d'une discarthrose de L5. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, les diagnostics suivants : syndrome vertigineux (status post microhémorragie cérébrale, sur la base de microangiopathie et atrophie corticale frontale), HTA (p.m. : hypertension artérielle) traitée et intolérance au glucose.

Le médecin a considéré que la capacité de travail était nulle à compter du 20 novembre 2003, l'état de santé du patient étant stationnaire, mais le pronostic défavorable. Le docteur L_____ a estimé que plus aucune activité n'était possible en raison des importants troubles psychologiques.

Le docteur L_____ a joint à son rapport plusieurs documents médicaux, dont en particulier un rapport du docteur M_____ du 27 novembre 2003 et un rapport d'examen neuropsychologique du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 21 octobre 2004. Le docteur M_____ exposait que l'examen neurologique auquel il avait procédé était dans les limites de la norme, en particulier sans signe en faveur d'une origine secondaire aux maux de tête et l'écho-doppler des axes carotidiens et vertébraux était sans anomalie notable. Il proposait d'introduire un traitement d'amitriptyline. En ce qui concernait les cervico-brachialgies et lombo-sciatalgies gauches, l'examen électroneuromyographique était également sans anomalie notable, en particulier sans signe en faveur d'une neuropathie d'enclavement ou d'une atteinte radiculaire déficitaire. Le docteur M_____ suggérait en conséquence la poursuite du traitement conservateur.

Quant à la neuropsychologue N_____, son évaluation du 21 octobre 2004 lui a permis de mettre en évidence, chez un patient collaborant, adéquat mais particulièrement ralenti, des scores significatifs dans une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD), de discrètes difficultés sur le plan des gnosies visuelles, un dysfonctionnement exécutif important caractérisé par un manque d'incitation verbale, un déficit d'inhibition et la présence de persévérations, des difficultés mnésiques dans les deux modalités. Pour elle, ce tableau parle en faveur d'une souffrance sous-cortico-frontale compatible avec la problématique thymique connue. Toutefois, la présence de quelques difficultés instrumentales débutantes (gnosies visuelles) et l'incapacité d'approfondir l'examen du langage en raison de la barrière de la langue ne lui permettent pas d'exclure un processus

neurodégénératif débutant ; le médecin a préconisé de procéder à un bilan de contrôle, avec traducteur, douze mois plus tard.

6. En complément à son précédent envoi, le docteur L_____ a fait parvenir à l'OCAI un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche effectué le 21 novembre 2005 par le docteur O_____, spécialiste en radiologie (pce 42 OCAI). Ce dernier y notait des signes de capsulose rétractile, une incurvation exagérée vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial, un aspect irrégulier de la surface inférieure du tendon du sus-épineux traduisant une rupture partielle, ainsi qu'une déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur.
7. Le docteur O_____ a également procédé à une angio-IRM des artères rénales. Il a conclu à une athéromatose aortique. Par ailleurs, il a constaté la présence de kystes parapyéliques au niveau du rein droit dans le tiers moyen et inférieur (pce 46 OCAI).
8. Un second examen neuropsychologique a eu lieu le 21 février 2006 (pce 46 OCAI). Le neuropsychologue P_____ et la psychologue Q_____ ont mis en évidence, comparativement au bilan précédant (du 21 octobre 2004), la persistance : sur le plan comportemental, d'une fatigabilité, d'un ralentissement idéo-moteur, d'une mimique attristée et de signes de la lignée dépressive, de discrètes difficultés sur le plan des gnosies visuelles, d'un dysfonctionnement exécutif important (manque d'incitation verbale, déficit d'inhibition d'une réponse prégnante et persévérations). Ils ont noté l'exacerbation des troubles mnésiques, qui étaient désormais sévères tant en modalité verbale que visuo-spatiale. Le tableau était dès lors dans l'ensemble superposable au précédent, excepté la péjoration des troubles mnésiques. Une participation des aspects thymiques à l'aggravation des troubles était possible, mais ne saurait expliquer leur importance.

En l'absence d'autres facteurs vasculaires, toxiques, infectieux, métaboliques et au vu de l'évolution progressive des déficits mnésiques et de la présence de quelques difficultés instrumentales, les médecins n'ont pu exclure une maladie de type Alzheimer. En conséquence, il était préconisé d'effectuer un « bilan démence complet ».

9. L'OCAI a soumis l'assuré à un examen bidisciplinaire effectué par les docteurs R_____ et S_____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), spécialistes en rhumatologie et médecine physique et rééducation, respectivement en psychiatrie.

Dans leur rapport du 1er novembre 2006, ces médecins ont retenu, comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une rupture partielle du muscle supra-épineux gauche, composante de capsulite rétractile (G. M75.1).

Ils ont aussi mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, un status post-accident vasculaire cérébral temporal gauche, des lombalgies communes sur discarthrose, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0).

Les médecins ont énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail au-dessus de 90° au niveau de l'épaule gauche, pas de port de charges supérieures à 5 kg en monomanuel gauche ou 10 kg en bimanuel.

Ils ont estimé que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale de quelques mois suite à l'accident vasculaire cérébral de mars 2001, les informations à disposition ne leur permettant pas de juger de la durée de cet arrêt de travail ; ils ont cependant ajouté qu'une reprise du travail à 100% aurait en tout cas dû avoir lieu au plus tard 6 mois après un accident vasculaire cérébral, lequel n'a pas entraîné de séquelles neurologiques objectivables.

L'examen neurologique dans les limites de la norme, la divergence importante entre les plaintes lors des consultations chez le neurologue et à l'examen ordonné par l'OCAI, le fait que les examens effectués par le neurologue et par l'examineur spécialiste en médecine physique-rééducation soient superposables et dans les limites de la norme justifiaient, à leur sens, la non-reconnaissance d'une incapacité de travail en relation avec l'ancien AVC temporal.

Les médecins ont estimé que l'on pouvait ensuite admettre, à compter du 21 novembre 2005, une incapacité de travail de 100 % et ce, durant six semaines, suite à la rupture partielle de la coiffe des rotateurs gauche avec capsulite secondaire.

Quant aux lombalgies communes, ils ont jugé qu'elles étaient sans élément de gravité et ne pouvaient motiver un arrêt de travail de longue durée.

En définitive, les médecins ont conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle à partir de mi-janvier 2006, soit 6 semaines après l'épisode de rupture partielle de coiffe, et de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites. Du point de vue psychiatrique et neuropsychologique, une capacité de travail entière est exigible selon eux.

10. Après avoir déterminé un taux d'invalidité de 25 % (pce 51 OCAI), l'OCAI a confié le dossier à son service de réadaptation (pce 52 OCAI). Dans une note d'entretien, ce service a constaté que l'assuré, qui s'est présenté à l'OCAI avec son épouse, était plaintif et ne se considérait pas apte à reprendre une activité professionnelle, même légère (pce 56 OCAI).
11. Dans son rapport final, le service de réadaptation de l'OCAI a conclu qu'au vu du contexte fort négatif (assuré plaintif, qui se projetait dans l'image d'une personne

malade ne pouvant plus rien faire), la mise en place d'une mesure d'ordre professionnelle, telle par exemple une mesure d'orientation professionnelle permettant de définir l'activité encore possible compte tenu de l'atteinte à la santé et des aptitudes de l'intéressé, serait vouée à l'échec. Par conséquent, le mandat de réadaptation a été clos sur une comparaison des gains, après que l'assuré se soit vu exposer le cadre légal de l'assurance-invalidité et notamment le principe d'exigibilité, la notion d'invalidité et le calcul du degré d'invalidité.

Le revenu sans invalidité a été fixé à 60'884 fr. par an sur la base des données provenant de l'employeur (cf. pces 25 et 59 OCAI). Quant au revenu avec invalidité, il a été établi en référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2004 : activité simple et répétitive exercée par un homme dans les domaines de l'industrie et des services (4'588 fr. par mois). Annualisé, adapté à l'horaire usuel de travail dans les entreprises et indexé selon l'indice suisse nominal des salaires pour 2006, cette référence donnait un revenu de 58'083 fr. par an. L'OCAI a encore tenu compte d'un abattement de 20 % supplémentaire en raison de l'âge de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère lui était possible (revenu avec invalidité déterminant : 46'466 fr.). L'OCAI a ainsi abouti à un taux d'invalidité final de 24 % (pce 58 OCAI).

12. Dans un projet de décision du 5 avril 2007, confirmé après contestation de l'assuré par décision du 10 mai 2007, l'administration a exposé à l'assuré qu'elle considérait qu'il avait été en incapacité de travail à 100 % à partir du 21 novembre 2005, début du délai de carence d'un an, jusqu'à la mi-janvier 2006, moment à partir duquel il pouvait faire valoir une capacité de travail pleine dans une activité légère adaptée. En conséquence, un taux d'invalidité théorique de 24 % était retenu, insuffisant pour octroyer une rente (pce 60 OCAI).
13. Par acte du 13 juin 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, dont il requiert l'annulation en concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise et, plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

En substance, il allègue que le rapport d'examen SMR est arbitraire, incomplet et insuffisamment motivé et qu'en conséquence, il ne doit pas se voir accorder de valeur probante. Il demande que son état de santé, respectivement sa capacité résiduelle de travail soit déterminée sur la base des rapports des autres médecins figurant au dossier ou, éventuellement, en fonction des conclusions d'une contre-expertise à ordonner. Il conteste également le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'OCAI, notamment en ce qui concerne l'abattement retenu, l'absence de diminution de rendement et la non-indexation de son revenu sans invalidité.

A l'appui de son recours, l'assuré produit un avis de son médecin traitant, le docteur L_____, du 15 mai 2007. Ce médecin se réfère principalement à ses

rapports médicaux envoyés à l'OCAI et ajoute que les multiples pathologies dont souffre son patient provoquent, ensemble, une « incapacité restreinte de 4 heures au plus, même dans une activité adaptée » (pce 3 recourant).

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 juillet 2007, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée.

En résumé, il fait valoir que le rapport d'examen effectué par les docteurs R_____ et S_____ remplit les conditions pour se voir accorder une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, d'autant qu'il est confirmé à maints égards par les avis des médecins ayant eu à soigner le recourant, quand bien même les appréciations de ces derniers divergent sur la question de la capacité de travail. Quant au calcul du taux d'invalidité, l'OCAI le confirme intégralement; il explique pour quelles raisons il n'a pas tenu compte d'un abattement supérieur à 20 % - en faisant remarquer qu'une réduction supérieure demeurerait de toute manière sans influence sur le droit à la rente -, et celles pour lesquelles il n'a pas indexé le revenu sans invalidité.

En annexe à son mémoire de réponse, l'intimé produit un avis du docteur R_____ du 9 juillet 2007 relatif aux critiques du recourant en regard du rapport d'examen.

15. Le recourant, dans sa réplique du 28 août 2007, a persisté dans ses conclusions et arguments.

Il fait en outre le reproche à l'office de n'avoir procédé ni à une appréciation consciencieuse des preuves, ni à des investigations complètes ; il fait remarquer à cet égard que les médecins du SMR ont admis l'hypothèse d'une atteinte dégénérative des fonctions cognitives, mais n'ont pas jugé nécessaire d'investiguer ce point.

16. L'intimé, invité à dupliquer, a persisté dans ses conclusions (courrier du 25 septembre 2007).

EN DROIT

1. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.
2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

-
3. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 10 mai 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

- b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à

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

6. a) En l'espèce, l'intimé a repris les conclusions posées par les médecins examinateurs du SMR pour apprécier la capacité résiduelle de travail du recourant. Ce dernier conteste la valeur probante du rapport d'examen, qu'il qualifie de lacunaire, arbitraire et en totale contradiction avec les autres avis médicaux figurant au dossier.

b) Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation du recourant pour les motifs suivants.

Les docteurs R_____ et S_____ ont procédé à un examen clinique complet de l'intéressé. Ils ont reporté leurs constatations dans leur rapport, de même que les plaintes exprimées par le recourant, ainsi que les avis des médecins qui se sont préalablement prononcés. A ce propos, il convient de rappeler que la mention des plaintes de la personne examinée et celle des avis des autres praticiens ne doit pas être confondue avec l'appréciation effectuée par les examinateurs. Le recourant semble en effet opérer une confusion entre les faits du dossier relatés par les médecins du SMR et ceux qu'ils ont estimé justifié de retenir comme pertinents et établis ; relater d'autres appréciations ou constatations ne signifie par *de facto* les faire siennes.

Les examinateurs ont en l'occurrence exposé par le détail la situation médicale de l'intéressé, prenant un soin tout particulier à discuter tant ses plaintes que les avis des autres praticiens qui ont eu l'occasion de le traiter ou de poser un avis sur certains aspects des affections dont il est (ou a été) atteint. Singulièrement, ils ont débattu les conclusions de leurs confrères et exposé de façon claire et précise pour quels motifs ils s'en écartaient, respectivement les reprenaient. Quant à leurs propres conclusions, force est de reconnaître qu'elles reposent sur des constatations objectives, se déduisent logiquement des développements qui les ont précédées et qu'elles sont au surplus expliquées à suffisance.

En ce qui concerne plus précisément la problématique des troubles cognitifs, on relèvera premièrement que, contrairement à ce que soutient le recourant, la

psychiatre examinatrice n'a pas renoncé à procéder à un examen psychiatrique complet ; non seulement ce dernier a bien été effectué, tel que cela ressort du texte même du rapport, mais elle a par contre estimé qu'au vu de ses constatations il ne se justifiait pas de compléter les investigations au niveau neuropsychologique et notamment requérir un bilan d'émence complet comme le préconisaient les psychologues (non médecins) des HUG. On se doit d'ailleurs de faire preuve d'une certaine retenue eu égard aux conclusions desdits psychologues, dans la mesure où, d'une part, ils n'ont pas formellement posé de diagnostic mais établi des hypothèses et où, d'autre part, leurs rapports sont basés sur des entretiens avec l'assuré hors la présence d'un interprète - quand bien même une telle aide était préconisée dans leur premier rapport du 21 octobre 2004 - et alors que l'intéressé était sous traitement par benzodiazépines. Il ressort effectivement de la recherche scientifique relative au Demetrin - médicament prescrit à l'intéressé - que celui-ci est propre à induire des troubles de la mémoire (cf. Compendium Suisse des médicaments, Demetrin, Effets secondaires). Dès lors que les examinateurs R_____ et S_____ ont pu exclure, sur le vu de leurs constatations cliniques, les hypothèses émises par les neuropsychologues des HUG, c'est à juste titre que des troubles d'ordre cognitif (mnésiques ou autres) doivent être niés, ce d'autant plus qu'il ressort des rapports de neuropsychologie que d'autres examens étaient nécessaires pour les établir. Cela étant, les examinateurs ont précisé avoir pris en considération les problématiques qui pourraient interférer avec une activité simple, ne nécessitant pas d'adaptation importante, telle que celle qui semble en adéquation avec les qualifications de l'intéressé. Peut-être en aurait-il été autrement s'il s'était agi de déterminer les facultés de l'examiné à exercer une profession complexe, requérant un grand potentiel de concentration par exemple ; mais tel n'est pas le cas en l'espèce.

Il ressort également du Compendium Suisse des médicaments que le Demetrin est susceptible d'engendrer des effets secondaires tels que des vertiges et des nausées. Or, le recourant se plaint justement de ce genre de troubles. A cet égard, le Tribunal de céans note que les céphalées n'ont pas été ignorées par les examinateurs. Au contraire, ils ont repris les conclusions du neurologue traitant, le docteur M_____, et estimé qu'il s'agissait de céphalées de tension. Vu que le recourant ne s'en plaignait plus lors de l'examen pratiqué au SMR, qu'il n'avait pas jugé utile de suivre le traitement de fond (amitriptyline) proposé par le neurologue, qu'il ne prenait pas non plus de médicaments spécifiques pour soigner les maux de tête (traitement anti-douleurs) et que l'ensemble des investigations neurologiques menées s'était révélé dans la norme, c'est à juste titre que les docteurs R_____ et S_____ n'ont pas tenu compte des céphalées pour fixer la capacité de travail. Il en va de même des vertiges, qui ne sont finalement que des vertiges orthostatiques ou dus à des changements de position, en particulier lors du passage (rapide) à la position debout. Il n'y a donc aucune pathologie à retenir de ce point de vue-là non plus.

Quant à la symptomatologie dépressive, les examinateurs ont exposé de façon claire et convaincante pour quelles raisons un trouble dépressif d'intensité suffisante pour avoir une influence sur la capacité de travail ne pouvait être établi. Sans toutefois nier une certaine souffrance chez l'intéressé qui a vécu (et vit encore) des épisodes parfois pénibles au sein de sa famille notamment, les médecins du SMR n'ont pas retrouvé l'ensemble des critères nécessaires posés par la doctrine médicale pour poser un diagnostic du registre des troubles dépressifs, ni dans le passé ni au moment de leur examen. En outre, ils ont fait mention de l'importance des facteurs psychosociaux dans le cas du recourant. Or, selon la jurisprudence, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. Bien au contraire, les médecins traitants du recourant rejoignent sur plusieurs points les conclusions des médecins du SMR. L'avis du docteur L_____ ne saurait en particulier emporter une quelconque conviction, puisqu'il se contente de fixer une capacité de travail de façon péremptoire et modifie cette appréciation après reddition du rapport d'examen par les experts et introduction de la procédure de recours, sans justification aucune. Enfin, sans doute objectivement fondé sur la valeur probante des documents médicaux déjà en possession du juge ou de l'administration, une expertise complémentaire ne peut être ordonnée pour tenter de compléter la liste des diagnostics retenus. Il en résulterait en effet un allongement de la procédure et des frais tout à fait disproportionnés et sans relation aucune avec les principes de célérité, d'économie de procédure et de proportionnalité.

c) Il suit de ce qui précède que le Tribunal n'a d'autre possibilité que de se fonder sur les conclusions du rapport d'examen du SMR et de conclure que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler du 21 novembre 2005 au 15 janvier 2006, date à laquelle une reprise totale du travail, dans une activité adaptée, est raisonnablement exigible.

7. a) Dans un second moyen, le recourant s'en prend au calcul du taux d'invalidité, critiquant d'une part l'établissement du revenu sans invalidité et, d'autre part, celui du revenu après atteinte à la santé.

b) L'entrée en vigueur de la 4ème 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 égal ou 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 4ème 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).

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.

c) En l'espèce, le recourant a travaillé de nombreuses années pour le compte de l'entreprise X_____ SA. Dans le but de déterminer sa rémunération au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2006, l'intimé a requis des informations de l'ancien employeur. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, dans la mesure où rien ne permet de penser que sans l'atteinte à la santé, le recourant aurait changé d'emploi.

Il ressort de l'instruction menée par l'administration que le revenu annuel qu'aurait perçu l'intéressé en 2006 se monte à 60'884 fr. Contrairement à ce que prétend ce dernier, il n'y a pas lieu d'indexer ce chiffre au seul motif qu'il correspond au salaire perçu en 2003, avant la fin des rapports de travail, l'entreprise ayant précisé que les salaires de ses collaborateurs ne font pas systématiquement l'objet d'une indexation ou augmentation. Dès lors, la détermination du salaire avant invalidité par l'intimé ne procède pas d'une interprétation partielle ou arbitraire des faits de la cause, mais bien plutôt d'une application correcte de la jurisprudence (cf. ATF 129 V 224 cité plus haut).

Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Les docteurs R_____ et S_____ ont exposé que le recourant pouvait exercer une activité légère à plein temps n'impliquant pas de port de charges supérieures à 5 kg en monomanuel gauche ou 10 kg en bimanuel, ni de travail au dessus de 90 °. L'intéressé n'a par ailleurs pas de formation spécifique. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges très lourdes, ni travail en position bras levés et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection de l'épaule gauche. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'732 fr. par mois (valeur médiane). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2006, de 59'197 fr. 30. Compte tenu, par ailleurs, de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (soit en

particulier l'âge de l'assuré, né en 1946, sa scolarité interrompue à l'âge de 14 ans, les diverses limitations posées par les médecins à son activité), qui justifient la réduction maximale de 25 % de ce salaire statistique, le revenu d'invalidé peut être arrêté à 44'398 fr.

Il ne se justifie nullement de retenir en sus une baisse de rendement telle que réclamée par le recourant. En effet, celle-ci n'est pas rapportée par les médecins et ne repose en définitive que sur la propre appréciation que l'intéressé fait de sa capacité de travail.

En comparaison du revenu de 68'884 fr., le gain avec invalidité fait apparaître un taux d'incapacité de gain de 36 % $[(68'884 - 44'398) \times 100 / 68'884]$, qui demeure insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), si bien que la décision de l'intimé doit être confirmée dans la mesure où elle nie le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente.

8. a) Le recourant conclut à titre subsidiaire à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

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

L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). 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).

c) En l'espèce, force est de constater que le recourant, s'il remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20 %), ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, non seulement il s'est opposé, par son comportement, à la mise en œuvre de mesures de réadaptation, mais il s'estime en outre totalement incapable de travailler et ce, quel que soit le type d'activité.

Dans de telles circonstances, il convient de considérer que la mise en œuvre d'un reclassement professionnel, qui requiert une certaine motivation de la part de la personne concernée, n'est vraisemblablement pas de nature à sauvegarder ou améliorer les capacités de gain du recourant.

Cela étant, d'autres mesures d'ordre professionnel pourraient être accordées par l'intimé, comme ce dernier l'a à juste titre mentionné dans ses décisions contestées. Le recourant peut en effet s'adresser à l'OCAI pour demander l'octroi d'une aide au placement.

9. Le recourant, qui succombe, plaide au bénéfice de l'assistance juridique. Dans ces circonstances, il est renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 lett. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; 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. Dispense le recourant de payer l'émolument de justice.
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

La présidente

Brigitte LÜSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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