REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3563/2006 **ATAS/1164/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 25 octobre 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié , VERSOIX	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Olivier LEVY et Christine BULLIARD, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le 1959, a suivi une formation de carreleur sans CFC. Il a travaillé comme coursier et aide de bureau de 1978 à 1991 pour la régie X_____. Il a ensuite été au chômage de 1991 à 1995 puis à l'aide sociale.

2. L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité le 1er mars 1995 en invoquant des douleurs dorsales.

3. Dans un rapport médical daté du 17 novembre 2000, le Dr. A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le mois de septembre 2000, que son précédent médecin traitant,le Dr B_____ avait fait état de dorso-lombalgies récidivantes sur ancien Scheuermann et de gonalgies droites suite à une entorse survenue en 1978 et suivie de divers traumatismes mineurs aggravants. Le Dr A_____ a estimé que le status de l'assuré était superposable à celui qui avait été constaté par le Dr B_____ en 1997, c'est-à-dire peu invalidant mais contre-indiquant des travaux lourds. Il a précisé que l'assuré avait été victime, alors qu'il n'était âgé que de six mois, d'un traumatisme crânien qui avait nécessité une trépanation et que, bien qu'il n'y ait pas d'anomalie neurologique évidente. il paraissait toutefois assez évident que le patient avait gardé des séquelles de cet accident sur le plan de ses performances intellectuelles, que seul un examen spécialisé avec mesure du QI serait en mesure de préciser. Le médecin préconisait une aide de l'AI sous forme d'une réadaptation professionnelle ou d'une demi-rente.

   Le Dr A_____ a joint à son rapport celui qu'avait établi le Dr T. B_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, en date du 21 mai 1997. Ce médecin avait alors posé les diagnostics de lombalgies chroniques et méniscopathie modérée du genou droit. Il avait mentionné que le patient avait souffert du dos depuis son apprentissage de carreleur. En 1975, il s'était présenté à l'hôpital avec un lombago aigu qui avait été traité d'une manière classique. En raison de la persistance des lombalgies, l'assuré n'a pas terminé son apprentissage et en 1978, il avait trouvé un emploi de coursier pour une régie. Les lombalgies avaient persisté, nécessitant des arrêts de travail fréquents et des consultations à la permanence de Versoix. Au genou droit, le patient était parfois gêné par des douleurs récidivantes après un accident survenu en 1978. Après deux épisodes d'épanchement sur entorse, le diagnostic de méniscopathie avait été posé sans proposition opératoire. Le médecin avait encore précisé que le patient ne semblait pas trop gêné au point de vue fonctionnel.

4. Par décision du 20 novembre 2001, l'OCAI avait jugé qu'il n'y avait pas de contre-indication à une reprise de l'activité d'employé de bureau que l'assuré avait exercée durant plus de douze ans et qui ne demandait aucune mesure de reclassement

professionnel car une telle activité pourrait être exercée sans limitation ni baisse de rendement.

5. Le 16 septembre 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en invoquant des problèmes dorsaux. Il a expliqué que ceux-ci étaient consécutifs à son apprentissage de carreleur et qu'il était traité depuis 1975. Il a ajouté qu'il ne pouvait désormais plus porter de charges trop lourdes et qu'il rencontrait également des problèmes de vue. En conséquence, il demandait une rente.

6. Le Dr A_____ a indiqué dans un rapport daté du 6 octobre 2005 que son patient souffrait d'hypertension intra-oculaire bilatérale avec amputation du champ visuel des deux yeux. S'y ajoutaient des dorso-lombalgies récidivantes sur ancienne maladie de Scheuermann apparue à l'adolescence, un status après entorse du genou droit en 1988 et un status après traumatisme crânio-cérébral à six mois. A également été mentionné à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un éthylo-tabagisme.

   Le médecin a indiqué que la situation était stationnaire sur le plan ostéo-articulaire depuis cinq ans mais qu'une déficience visuelle importante avait été récemment découverte lors d'un stage de réadaptation professionnelle.

   L'examen ophtalmologique, pratiqué par le Dr. C_____, avait confirmé un rétrécissement important du champ visuel des deux yeux ainsi qu'une hypertension oculaire bilatérale. Le Dr A_____ s'est déclaré dans l'impossibilité de préciser ce qui était dû au traumatisme crânien ancien et ce qui était le résultat d'une détérioration récente.

   Le Dr A_____ a communiqué à l'OCAI divers documents :

   - D'un courrier que lui avait adressé le Dr C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, le 19 septembre 2005, il ressort que l'assuré souffre d'un hypertonie intra-oculaire marquée qui nécessite un traitement antihypertenseur collyre et que s'y ajoute une amblyopie hypermétropique de l'œil droit.

   - Un second courrier du Dr C_____, daté du 23 septembre 2005, précise que les résultats du champ visuel montraient une atteinte très sévère bilatérale avec une hémianopsie relativement congruente à gauche et un rétrécissement marqué du champ visuel restant. Il a souligné que l'assuré rencontrerait dès lors des difficultés dans tout travail impliquant l'utilisation prépondérante de la vue.

   - D'un courrier adressé par la FONDATION INTEGRATION POUR TOUS (IPT) le 6 septembre 2005 au Dr A_____, il ressort que

durant l'été 2004, la Fondation a procédé au bilan de santé de l'assuré avec son médecin qui lui a signalé des limitations de port de charges et de flexion des membres inférieurs. IPT a alors proposé à l'assuré de suivre un atelier de raisonnement logique. Il a été qualifié de discret mais de cependant fort présent dans les discussions du groupe. Il a fait une belle progression dans la résolution de problématiques simples. Les maîtres de stage ont noté que le patient préférait résoudre les problèmes de manière concrète plutôt que formelle et qu'il avait de la peine dans les exercices de proportionnalité et de compréhension lorsque l'énoncé était plus complexe.

IPT a alors proposé à l'intéressé de suivre l'atelier "vers une nouvelle activité professionnelle". Il l'a interrompu trois jours plus tard pour des raisons de santé. A son retour il a exprimé l'envie de faire du magasinage. IPT lui a donc organisé un stage à la X_____ de Versoix. L'évaluation a été bonne : pas d'arrivée tardive ou de problème de relations avec les collègues et les clients. Cependant son rythme a été qualifié de lent, sans doute en raison de sa faible vision. Le gérant du magasin a déclaré que l'assuré avait peu de chances de se faire engager à la X_____ ou ailleurs en tant que magasinier. Il a ajouté que la profession exigeait des connaissances informatiques, que Monsieur B_____ reconnaissait ses limites et acceptait de faire de la manutention légère à mi-temps.

IPT lui a donc proposé un emploi temporaire à mi-temps de quelques semaines dans l'atelier multi-services de la FONDATION PRO. Malgré la station debout et les maux de tête, il a fait un bon travail. Malheureusement, il n'a pu conserver ce poste car la FONDATION PRO n'engage en fixe avec une rémunération adaptée au rendement que des rentiers de l'assurance-invalidité.

La FONDATION IPT a aidé l'assuré à mettre à jour son dossier et à faire des offres d'emploi qui se sont toutes heurtées à des réponses négatives. Il y a en effet peu de postes à mi-temps pour des personnes sans qualification et avec des limitations importantes de port de charge et de vue. La FONDATION IPT a suggéré à l'assuré de faire un nouveau bilan de santé car il se plaignait de ce que sa vue diminuait rapidement. Elle a ajouté qu'en cas de réponse positive de l'assurance-invalidité, l'assuré pourrait travailler chez PRO, entreprise sociale adaptée aux personnes ayant des limitations de santé.

7. Du rapport établi le 4 octobre 2005 par le Dr C_____ à l'intention de l'OCAI, il ressort que l'assuré est atteint d'un rétrécissement concentrique du champ visuel bilatéral avec hémianopsie congruente gauche. S'y ajoutent une hypermétropie bilatérale et une amblyopie congénitale hypermétropique de l'œil

droit. Le médecin a précis que ces atteintes existaient probablement depuis la tendre enfance. Il a également mentionné, tout en précisant qu'elle n'entraînait pas de répercussion sur la capacité de travail, une hypertonie intra-oculaire traitée depuis le mois d'août 2005.

Le médecin a rappelé qu'à l'âge de quelques mois, l'assuré avait chuté sur la tête, ce qui lui avait occasionné un traumatisme crânio-cérébral compliqué par une hémorragie intra-crânienne. Il a indiqué que si le champ visuel est séquellaire du traumatisme crânien dans l'enfance, on peut s'attendre à une stabilisation de l'atteinte campimétrique. Il a ajouté que l'hypertonie intra-oculaire n'était pas responsable de l'altération du champ visuel.

Le médecin a estimé que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité était importante et engendrait une diminution de rendement. Il a suggéré de demander une expertise à un médecin du travail spécialiste afin de déterminer la possibilité de travailler de l'assuré.

8. Dans un "rapport d'examen SMR" daté du 22 juin 2006, la Dresse C_____, après avoir énuméré les atteintes de l'assuré au plan médical (lombalgies lors de la première demande, dorso-lombalgies récidivantes, problèmes de vue anciens, acuité visuelle restante corrigée, ethylotabagisme non invalidant), a conclu à l'absence d'atteinte invalidante dans l'activité exercée de 1978 à 1991. Elle a estimé que dans l'activité de coursier et d'aide de bureau, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

9. Par courrier du 13 juillet 2006, l'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui refusant tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

10. Par courrier du 25 juillet 2006, l'assuré a contesté cette position en alléguant que son état de santé s'était aggravé depuis sa première demande de prestations en 1995. Il a par ailleurs expliqué que le métier de coursier qu'il exerçait auparavant ne s'exerçait plus de la même manière : il y avait de moins en moins de coursiers qu'auparavant car tout avait été informatisé. Il a demandé à ce qu'au moins des mesures de réadaptation professionnelle lui soient octroyées car il ne pouvait plus exercer les fonctions de coursier ou d'aide de bureau et son âge faisait obstacle à ses demandes d'emploi.

11. Par décision du 20 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré. Il a considéré que sa capacité de travail était entière dans les activités de coursier et d'aide de bureau, que ces dernières demeuraient raisonnablement exigibles et que des mesures professionnelles ne se justifiaient donc pas. Il a été précisé que l'âge n'était pas un facteur dont l'assurance-invalidité avait à tenir compte.

12. Par courrier du 29 septembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il explique qu'à l'issue de son apprentissage de carreleur, compte tenu de ses

problèmes dorsaux, il a changé d'orientation et a travaillé durant treize ans comme coursier auprès de la régie X_____, poste qui n'existe plus actuellement. Il allègue qu'il ne peut pas retrouver un emploi dans la même branche car aujourd'hui son état de santé s'est aggravé. Il ajoute qu'il a suivi plusieurs stages, sans succès, en raison de ses problèmes de vue. Il rappelle qu'il ne peut pas porter de lourdes charges et qu'il a des difficultés à conduire et à lire.

13. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 11 octobre 2006, a conclu au rejet du recours.

14. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est tenue en date du 26 avril 2007.

    A cette occasion, le recourant a expliqué avoir travaillé de 1978 à 1991 à la régie X_____. Tout jeune, il a consulté des ophtalmologues jusqu'à ce qu'ils lui indiquent que sa situation ne pouvait plus s'améliorer. Il a alors trouvé un emploi à la régie X_____. En 1991, il s'est retrouvé au chômage. C'est lorsqu'il a cherché à retrouver du travail qu'il s'est rendu compte de l'aggravation de son état (il devait désormais utiliser une loupe et ses dorsalgies étaient plus importantes). Le recourant a ajouté que le poste qu'il a occupé à la régie n'existe plus puisque tout a été informatisé. Le recourant n'est plus retourné chez l'ophtalmologue, ce qu'il explique par le fait que les difficultés qu'il a rencontrées avec ses enfants ne lui en ont pas laissé le temps.

15. Le Dr C_____, entendu en qualité de témoin, a expliqué avoir reçu l'assuré en consultation pour la première fois le 17 août 2005. Sa dernière consultation remonte au mois de septembre 2005, raison pour laquelle le témoin n'a pu indiquer si son état avait évolué.

    Selon lui, le rétrécissement du champ visuel est très certainement consécutif au traumatisme crânio-cérébral subi par l'assuré dans son enfance. Le médecin a également constaté une hypertension intra-oculaire importante, sans répercussion au niveau du nerf optique et ne jouant pas de rôle au niveau de l'atteinte du champ visuel.

    A droite, le patient est également atteint d'une amblyopie (faiblesse de la vision) qui peut s'expliquer par l'hypermétropie mais qui peut également être d'origine post-traumatique ou congénitale. Le médecin a exprimé l'avis qu'elle avait toujours été présente. Il a ajouté qu'en principe, une amblyopie reste stable dans le temps.

    Il a expliqué que l'on s'habitue relativement bien au rétrécissement du champ visuel; la vision centrale reste conservée et l'on peut s'en accommoder. Cependant, la conduite professionnelle d'un véhicule est à déconseiller. Cette atteinte n'empêche pas la lecture mais une activité où il serait nécessaire de lire à longueur de journée n'est pas possible.

Informé du fait que l'assuré a exercé l'activité d'employé de bureau durant douze ans, le témoin a estimé que s'il donnait satisfaction à son employeur, il pourrait continuer mais il a souligné que le patient reste fragile dans la mesure où ses performances ne peuvent atteindre celles d'une personne qui n'a pas ses limitations.

Le médecin a déclaré qu'il ne pouvait être plus précis quant à la capacité de travail du patient faute d'avoir pu observer ce dernier en milieu de travail et d'avoir pu examiner les conditions dans lesquelles il exercerait et ce qui serait exigé de lui.

Selon le médecin, l'assuré, équipé de lunettes spécifiques, ne rencontrera pas plus de difficultés que pour la lecture sur papier s'il devait travailler sur écran.

16. Entendu à son tour, le Dr A_____ a expliqué qu'il suit l'assuré depuis la fin de l'année 2000 et que ses principales atteintes se situent au niveau du champ de vision et des vertèbres dorso-lombaires. Il a décrit l'état du patient comme étant relativement stationnaire, avec des hauts et des bas au niveau des dorso-lombalgies.

    Le Dr A_____ a exprimé l'opinion que son patient aurait des difficultés à trouver une activité adaptée à son état en raison de son niveau intellectuel et de son adaptation. S'y ajoutent son problème visuel et le fait qu'il doit éviter les travaux lourds. Le Dr A_____ a estimé que, dans ces conditions, sa capacité de travail avoisine 50%, toute en précisant que cette évaluation ne tenait compte que de ses propres observations et n'englobait pas l'évaluation de l'ophtalmologue.

    S'agissant des capacités d'adaptation de son patient, le médecin a précisé qu'il avait suivi plusieurs stages de réinsertion qui avaient mis en évidence des difficultés à ce niveau, notamment pour s'organiser. Ces limitations n'ont jamais été quantifiées et il serait sans doute difficile de le faire mais il suppose qu'il s'agit là de séquelles du traumatisme crânio-cérébral que le patient a subi à l'âge de six mois. Le témoin a toutefois reconnu que ces difficultés n'avaient pas empêché son patient de travailler en tant que coursier.

    Il a souligné que les positions statiques prolongées étaient également la cause de lombalgies : durant ses stages, bien que son patient se soit vu proposer des activités s'effectuant en position assise, il a été victime de pénibles douleurs dorsales.

17. Les procès-verbaux des audiences ont été communiqués à l'OCAI, absent, et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA)

relatives à la loi 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 prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 septembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

   Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er 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, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit sous forme de rente ou de mesures professionnelles. Se pose également la question d'une éventuelle aggravation de son état de santé depuis la première décision rendue par l'OCAI en novembre 2001.

6. Lorsque la rente a été une première fois refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut

être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 [teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2004] et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de refus de prestations et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Si l'administration accepte d'examiner la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité s'est réellement produite. Selon la jurisprudence, il faut alors procéder de manière analogue à un cas de révision selon l'art. 41 LAI. Si l'autorité constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ou une impotence ouvrant droit à une rente et elle rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a = RCC 1992, p. 98 ; ATF 109 V 115 = RCC 1983 p. 386 consid. b).

7. En l'occurrence, l'intimé ayant accepté d'entrer en matière, il n'y a donc pas à revenir sur le caractère plausible ou non de l'aggravation de l'état de santé invoquée par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si cette aggravation de santé a entraîné une modification du degré d'invalidité.

8. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

9. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   Dans le cadre 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 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15).

   Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

10. En l'espèce, seuls le médecin traitant du recourant et son ophtalmologue, qui ne l'a plus revu en consultation depuis août 2005, ont pu apporter des éléments quant à son état de santé. L'avis rendu par la Dresse C_____, la spécialiste du

SMR, lapidaire et aucunement motivé, ne saurait revêtir la moindre valeur probante.

Il ressort des déclarations du médecin-traitant du recourant que ce dernier souffre de dorsolombalgies récidivantes et de gonalgies droites. Le Dr A_____ a ajouté que les différents stages suivis par son patient avaient mis en évidence des difficultés sur le plan des performances intellectuelles. Or ces dernières, déjà signalées en 2000 par le Dr A_____, semblent également s'être aggravées. Elles ont également été relevées par les maîtres de stage de la fondation IPT. Malgré les recommandations du médecin traitant, qui préconisait un examen spécialisé avec mesure du QI, ces difficultés n'ont jamais été investiguées. Selon le Dr A_____, la capacité de travail de son patient - considérée sans tenir compte de l'atteinte oculaire -, ne dépasserait pas 50%.

Quant à l'ophtalmologue, il s'est déclaré dans l'impossibilité d'évaluer la capacité de travail de son patient, bien qu'il affirme que l'atteinte à la santé est importante et engendre une diminution de rendement. A cet égard, il a préconisé de soumettre ce dernier à une observation professionnelle afin de déterminer précisément les répercussions de ses atteintes sur sa capacité de travail. Selon lui, un médecin spécialisé en médecine du travail devrait être consulté. L'ophtalmologue indique qu'équipé de lunettes spéciales, le patient devrait pouvoir lire sur écran comme il le fait sur papier. Mais il ressort des explications du recourant que pour lire, il doit avoir recours à une loupe.

Il est par ailleurs établi que la conduite professionnelle d'un véhicule lui est déconseillée. S'y ajoute le fait qu'il ne peut porter des charges, qu'il doit éviter les positions statiques et qu'il souffre de difficultés intellectuelles.

La conclusion à laquelle est parvenue l'intimé, à savoir que l'assuré pourrait continuer à exercer la profession de coursier et aide de bureau, n'apparaît ainsi guère soutenable.

Quoi qu'il en soit, force est de constater qu'en l'état, les différents rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de répondre avec précision aux questions fondamentales permettant de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant.

En l'état, le degré d'invalidité du recourant ne saurait être déterminé sur la base des pièces médicales au dossier, de sorte qu'il convient de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical, plus particulièrement ophtalmologique, et par le biais d'une observation professionnelle. Il lui incombera de recueillir les données médicales et professionnelles permettant de déterminer quelles activités sont encore exigibles du recourant et dans quelle mesure.

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à un émolument de 200 fr.

5. 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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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