

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4588/2006

ATAS/1295/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 22 novembre 2007

En la cause

Monsieur P_____

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, case postale 425, GENEVE

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en juin 1945, de nationalité suisse, a travaillé comme buraliste pour X_____ depuis avril 1962. A compter du 5 janvier 2004, il a été dans l'incapacité totale de travailler. Le 5 avril 2004, il a recouvré une capacité de travail de 50% mais s'est à nouveau retrouvé en arrêt de travail complet à compter du 26 août 2004. Son salaire annuel s'élevait alors à 94'554 fr.
2. Dans un rapport adressé au médecin traitant de l'assuré le 30 mars 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'état de l'assuré s'était bien amélioré au niveau de la fasciite plantaire droite après traitement de physiothérapie mais qu'il se plaignait d'une sensation de perte de force au niveau du membre inférieur droit. Une symptomatologie d'hypoesthésie au niveau de l'avant pied droit a été signalée. Le médecin a constaté que le pied droit présentait encore un œdème modéré remontant jusqu'à la cheville. Il a noté l'absence de signes d'insuffisance du jambier postérieur ainsi que celle de douleurs sur le trajet du jambier postérieur. Il a indiqué que la palpation du talon était sensible mais n'engendrait pas de douleurs. Il a confirmé une hypoesthésie au niveau du gros orteil mais n'a pas constaté de perte de force au niveau des membres inférieurs. Le médecin a signalé que le patient était extrêmement soucieux concernant son avenir professionnel en tant que responsable d'un centre postal, activité nécessitant de conserver la position debout plus de neuf heures par jour.
3. Dans un courrier adressé à X_____ le 22 juillet 2004, le Dr B_____, médecin-conseil, a indiqué qu'il partageait l'opinion du médecin traitant à savoir que le patient ne pourrait désormais travailler qu'à 50% au maximum. Le médecin-conseil, constatant que X_____ n'était pas en mesure d'offrir une autre occupation à son employé que celle dans laquelle il était actuellement occupé, a confirmé qu'il se justifiait de mettre l'intéressé à la retraite anticipée partielle en raison de ses problèmes de santé.
4. Le 15 novembre 2004, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Il a invoqué un diabète et une paralysie partielle.
5. Le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, dans un rapport adressé à l'OCAI le 22 décembre 2004, a diagnostiqué un diabète de type II apparu en 2003, une entéropathie calcifiante du tendon d'Achille et une polyneuropathie sensitive motrice. Il a ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité et un état dépressif. Il a mentionné que l'assuré avait été mis à la retraite anticipée par son employeur et émis l'avis qu'on ne pouvait exiger de lui qu'il exerce une autre activité.

6. A compter du 1^{er} janvier 2005, l'intéressé a été mis en "retraite médicale" suite à une décision du médecin-conseil de X_____.
7. Le Dr D_____, du Service médical régional AI (SMR), constatant que l'assuré, après avoir repris le travail à 50% tel que cela semblait exigible au plan somatique, avait été remis en arrêt complet après avoir invoqué le fait d'être incompris du reste de l'équipe et un problème psychologique, a conseillé de demander un avis psychiatrique.
8. Le 13 mars 2006, l'assuré a donc fait l'objet d'un examen de diabétologie et de psychiatrie auprès du SMR. Il a été examiné par les Drs E_____, spécialiste FMH en médecine interne et diabétologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ces médecins ont conclu à une capacité de travail exigible de 100% non seulement dans une activité adaptée mais également dans celle de buraliste postal. Les médecins n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, pas plus du point de vue somatique que du point de vue psychiatrique (pce 42 OCAI).

Du point de vue psychiatrique, ils ont relevé que le patient était d'allure joviale, avait un contact aisé et ne formulait aucune plainte d'ordre psychique. Les médecins ont exclu toute limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Ils ont estimé que malgré le fait que l'assuré ait dit se sentir incompris par le reste de son équipe, aucune atteinte à la santé d'ordre psychique n'avait pu être mise en évidence qui puisse justifier une incapacité de travail, l'assuré ne formulant d'ailleurs aucune plainte d'ordre psychiatrique.

Du point de vue métabolique, les médecins ont relevé que la polyneuropathie faisait l'objet d'un suivi spécialisé régulier et de mesures préventives adéquates si bien qu'elle n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Après examen des pieds et des membres inférieurs de l'assuré, les médecins ont recommandé d'éviter de marcher pieds nus ou sur terrain irrégulier. Ils ont également préconisé une activité permettant d'alterner les positions assise et debout, les soins des pieds réguliers et le port de chaussures adaptées. Ils ont souligné que l'assuré était à risques au plan podologique et qu'il devait être suivi par une podologue spécialisée pour les patients diabétiques. Ils ont conclu que, d'un point de vue métabolique, ni l'anamnèse ni l'examen clinique n'avaient mis en évidence d'éléments justifiant une incapacité de travail.

9. Suite à cet examen, l'OCAI, par décision du 6 novembre 2006, a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré. Il a considéré que bien que l'assuré ait été mis à la retraite anticipée par son employeur à compter du 1^{er} janvier 2005, il ne souffrait d'aucune pathologie invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

10. Par courrier du 6 décembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il s'est dit "choqué et sidéré" et a allégué souffrir d'une perte totale de sensibilité des deux pieds et d'un diabète important.
11. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 8 février 2006, a conclu au rejet du recours.
12. Une audience de comparution personnelle s'est tenue devant le Tribunal de céans en date du 8 mars 2007.

A cette occasion, le recourant a expliqué qu'il a longtemps été diabétique sans le savoir et qu'il a fait passer ses responsabilités professionnelles avant sa santé. Il a ajouté qu'après avoir tenté de reprendre son poste à 50%, il a rapidement dû se rendre rapidement à l'évidence : ses douleurs au coup de pied droit sont réapparues et s'y sont ajoutés des "coups de pompe".

Le recourant a affirmé que malgré les nombreuses responsabilités qui ont été les siennes, la pression qu'il a pu subir au travail n'est pas la raison de son incapacité. Il a allégué n'avoir jamais été dépressif.

Le recourant a par ailleurs fait remarquer que l'activité qu'il a exercée auprès de X_____ est très spécifique, de sorte qu'il ne voit pas quelle autre activité il pourrait exercer sans formation.

13. Lors de l'audience, le recourant a produit une copie du courrier adressé par le Dr G_____, du service médical de X_____, à son employeur en date du 7 juin 2004. Ce médecin y confirme que l'incapacité de travail et tout à fait justifiée, avec une capacité de travail rémanente de 50%. Le médecin indique qu'il est tout à fait compréhensible que la position debout prolongée pose des problèmes notables à l'assuré. Il a émis l'opinion que l'intéressé pourrait éventuellement être occupé dans une position sédentaire mais qu'une tel travail ne serait guère envisageable au guichet. Il a finalement suggéré que des mesures ou un changement d'activité professionnelle soient envisagés, par exemple au "back office".
14. L'intimé, après avoir soumis ce document au SMR, a persisté dans ses conclusions, en soulignant que la maladie de l'assuré n'est pas mise en doute mais qu'elle ne peut se voir reconnaître un caractère invalidant au sens de l'AI.

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).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 novembre 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 une rente d'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 cas présent est soumis au nouveau droit, le recours de droit administratif ayant été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente le recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée

invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut

encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

7. Dans sa décision, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre le recourant lui permettent d'exercer une activité adaptée à 100%. Pour sa part, le recourant soutient que ses atteintes à la santé ne lui permettent plus d'exercer la profession qui était la sienne et qu'il ne peut exercer une activité adaptée à son état de santé sans une formation préalable.
8. En l'occurrence, les différentes atteintes à la santé de l'assuré sont claires. Les différents médecins s'étant prononcés ont tous retenu les mêmes diagnostics.

En outre, ils en ont tiré des conclusions similaires quant à la capacité de travail de l'assuré. Ainsi, le Dr A_____ a indiqué qu'une activité nécessitant de conserver la position debout plus de neuf heures par jour n'était pas adaptée à l'état du patient. Le Dr B_____, lorsqu'il a conclu que l'assuré ne pourra désormais plus travailler qu'à 50%, a manifestement pris position en se référant à l'activité exercée précédemment par l'assuré puisqu'il a préconisé que X_____ envisage de lui trouver une autre occupation en son sein. Le Dr G_____ a abondé en ce sens en indiquant que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était réduite à 50% parce que la position debout prolongée posait des problèmes mais qu'il pourrait éventuellement travailler dans un poste sédentaire du back office par exemple. Les Drs E_____ et F_____, du SMR, ont quant à eux conclu à une capacité de travail exigible de 100% à condition que l'assuré évite de marcher pieds nus ou sur terrain irrégulier et qu'il puisse alterner les positions assise et debout. En définitive, seul le Dr H_____, médecin traitant de l'assuré, a conclu que l'assuré ne pourrait pas exercer la moindre activité lucrative.

C'est le lieu de rappeler, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Ainsi, tous les médecins - excepté ceux du SMR - ont conclu à l'incapacité de l'assuré de reprendre son ancienne activité à plein temps mais ont admis que l'on peut en revanche attendre de lui qu'il exerce à 100% une activité adaptée à son état.

On ne saurait suivre les médecins du SMR lorsqu'ils affirment que l'assuré pourrait conserver son ancienne activité car cette conclusion est en contradiction manifeste avec leurs propres constatations, à savoir que l'assuré doit pouvoir alterner les

positions assise et debout. Or il est avéré que son activité de buraliste nécessiterait qu'il conserve la position debout neuf heures par jour, ce qui est à l'évidence, vu les rapports médicaux cités précédemment et les observations du SMR lui-même, inexigible, en tout cas à plein temps.

En conséquence, il convient d'admettre que l'assuré pourrait exercer une autre activité que la sienne, à plein temps, qui lui permette d'alterner les positions. Il s'agit dès lors de procéder à une évaluation du taux d'invalidité, ce qu'a omis de faire l'autorité intimée, qui a considéré implicitement et à tort que dans le cas de l'assuré, le taux d'incapacité de travail se confondait avec le degré d'invalidité.

9. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

b) 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; 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).

c) 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.

d) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalidité (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités).

Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa, 117 V 18). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi procédé à un abattement de 10% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

10. En l'espèce, il convient de comparer le salaire qu'aurait pu obtenir l'assuré dans son ancien poste, soit 94'554 fr., à celui qu'il pourrait théoriquement réaliser en tant qu'homme exerçant une activité simple et répétitive et compte tenu d'une réduction de 10% pour prendre en considération le fait qu'il doit alterner les positions, qu'il ne dispose que d'une formation très spécifique qui ne lui serait pas d'un grand secours hors du giron de X_____ et qu'en 2005, il était âgé de soixante ans, soit 48'669.50 (cf. l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2004 : 4'588.- par mois pour 40h./sem. = 4'771.50 par mois pour 41,6 h./sem. = 57'258.25 par année avant diminution de 10%). Cette comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 45.5 % ouvrant droit à l'assuré à une demi-rente d'invalidité dès le 5 janvier 2005.
11. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis en ce sens que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 6 novembre 2006.
4. Constate que Monsieur P_____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 5 janvier 2005.
5. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul de ladite rente.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI
7. 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 des assurances sociales par le greffe le