REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1224/2007 **ATAS/1233/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 7 novembre 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI — recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 1953, d'origine portugaise, a exercé en Suisse la profession de maçon depuis le 27 mai 1987. Il était employé par l'entreprise X_____ depuis le 1er juillet 1998.

2. A partir de 1998, l'assuré a commencé à se plaindre de douleurs lombaires, qui deviennent plus fréquentes fin 1999 et entraînent des arrêts de travail itératifs. En date du 12 octobre 2001, l'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travail et n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

3. Il a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-maladie perte de gain conclue par son employeur.

4. En date du 30 août 2002, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).

5. Par certificats des 29 mars, 18 juin et 12 septembre 2002, les Drs A_____, médecin-traitant, et B_____, médecin répondant, ont diagnostiqué des lombalgies chroniques depuis cinq ans sur spondylarthrose lombaire L5 et un syndrome dépressif réactionnel, entraînant une incapacité de travail entière dès le 12 octobre 2001 dans le travail habituel et dans toute autre activité. Ces médecins ont indiqué que leur patient pouvait notamment tenir la position debout et assise une heure par jour, la même position pendant trente minutes, n'était pas capable de tenir la position à genoux ou accroupie, ni incliner le buste, ni se baisser. La motivation pour une reprise professionnelle ou un reclassement leur semblait faible, avec un absentéisme prévisible important.

6. Ces mêmes médecins ont précisé dans leur rapport intermédiaire du 11 juin 2003 qu'il y avait exacerbation des douleurs lombaires avec augmentation de prise d'antalgiques depuis le début 2003. Le traitement consistait en prise de Selipran, Brufen, Coversum, Deroxat et Dalfalgan, et traitement par physiothérapie, laquelle était sans effet. Le moral cependant connaissait une légère amélioration depuis mars-avril 2003. Ils notaient que leur patient ne souhaitait pas voir de psychiatre et que la prise d'antidépresseurs semblait "le maintenir".

7. Sur mandat de l'OCAI, le Dr C_____, rhumatologue, a procédé à une expertise en date du 3 août 2004. L'examen clinique a permis à l'expert de constater un syndrome vertébral modéré sans limitation significative de la mobilité. L'examen neurologique des membres inférieurs n'a pas montré d'irritation radiculaire ni d'atteinte neurologique objectivable. En outre, le scanner lombaire pratiqué le 17 juin 2004 n'a mis en évidence que des lésions discales modérées des deux derniers segments lombaires, à savoir une petite discopathie L5-S1 et deux petites hernies discales médianes en L4-L5 et L5-S1, sans contrainte radiculaire ou

médullaire, sans signe évocateur d'un canal étroit et sans arthrose significative. L'expert a considéré que les lésions physiques expliquaient mal l'importance des douleurs décrites par l'assuré, tout en précisant qu'elles pouvaient générer des douleurs d'efforts lors d'activité lourde. Les douleurs lombaires limitaient ainsi la position debout prolongée de plus d'une heure et la marche de plus de vingt minutes, de même que le port de charge modéré à lourd. L'assuré conservait une capacité résiduelle dans sa profession de 60%, soit un travail exigible à 100% avec une diminution de rendement de 40%, permettant au patient de travailler de façon plus sécurisée en portant des charges moins lourdes ou de manière fractionnée, et ce dès octobre 2001. Un travail adapté ne comportant pas de port de charge lourde permettait une capacité de 100%. L'expert n'a pas noté de modification de l'état de santé. Il a encore indiqué que des mesures de réadaptation professionnelle pouvaient être envisagées si la reprise de travail n'était pas possible. A son avis, une période de reconditionnement physique avec réhabilitation intensive sur trois à quatre semaines était imaginable, voire une adaptation du poste de travail (difficile toutefois dans le métier de maçon). L'élément déterminant pour l'expert était la motivation de l'assuré à reprendre une activité, car il présentait probablement un syndrome de déconditionnement physique et psychologique en partie dû à son arrêt de travail prolongé de presque trois ans.

8. L'OCAI a confié une expertise psychiatrique à la Dresse D_____, réalisée le 25 janvier 2005. Les plaintes subjectives de l'assuré consistaient en troubles du sommeil avec réveils fréquents et cauchemars d'accidents, gastrite avec boule d'angoisse, palpitations, sécheresse dans la bouche et épisodes de pleurs le soir. L'assuré n'a pas décrit d'idées suicidaires. Selon le status clinique, ce dernier ne présente pas de troubles de la lignée psychotique, mais un état mélancolique. L'experte a posé le diagnostic d'état dépressif sévère et de personnalité de type évitante probablement présent depuis le décès du frère, soit depuis 1979. Elle a considéré que la capacité de travail était inexistante et qu'il n'y avait pas de rendement possible au jour de l'expertise.

9. L'OCAI a considéré que cette expertise était trop peu argumentée et a sollicité l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR Rhône). De l'avis du Dr de E_____ de ce service du 2 mai 2005, cette expertise présente une anamnèse très courte, un status clinique très bref et aucune description des symptômes dépressifs, de sorte qu'une nouvelle expertise est nécessaire.

10. Par courrier du 9 juin 2005, les médecins de l'assuré ont indiqué, sur questions formulées par l'OCAI, comme plaintes principales de leur patient une lombalgie chronique sur discopathie L4-L5-S1 et un syndrome anxio-dépressif réactionnel, ce dernier étant seul retenu à titre de diagnostic. Ils ont noté une exacerbation des douleurs lombaires depuis 2003 et une détérioration par rapport à l'examen précédent. Le travail n'était possible qu'en faisant alterner les postures de travail,

qu'en excluant les contraintes de temps et qu'en faisant alterner marche, station debout et position assise, tout en relevant que leur patient ne pouvait ni exercer à plein temps son activité de maçon ni un travail adapté. A leur avis, l'invalidité pour l'activité exercée en dernier lieu était totale et aucune amélioration de l'état de santé de l'assuré n'était possible.

11. La seconde expertise psychiatrique a été confiée au Dr F_____, psychiatre. Dans son rapport du 26 septembre 2005, ce médecin a infirmé l'existence d'un épisode dépressif majeur, envisageable de prime abord. Il a relevé que l'assuré avait une bonne estime de lui-même, ne ressentait pas de sentiment de culpabilité particulier ni de ralentissement ou d'agitation, connaissait une amélioration des difficultés de concentration, n'avait jamais eu d'idées de mort, n'avait pas de troubles du sommeil ni de problème de poids. L'absence de symptômes dépressifs a également été confirmée par les résultats de l'échelle d'Hamilton et du questionnaire de Beck-II, pratiqués par l'expert. Celui-ci a de plus relevé une prise des anti-dépresseurs aléatoire chez l'assuré, indiquant selon lui que l'assuré ne ressentait pas un besoin important de médication lié à une dépression. L'expert n'a pas constaté chez l'assuré d'angoisse particulière, sinon une souffrance consécutive à un manque affectif et à un sentiment pesant de solitude. Il a écarté la présence d'un trouble de l'adaptation, n'ayant découvert aucun facteur de stress susceptible d'expliquer le tableau clinique, tout en relevant le mal du pays et une souffrance consécutive à l'éloignement de sa famille plutôt que des troubles de l'humeur cristallisés depuis de nombreuses années. Il n'a relevé aucun signe provenant de la lignée psychotique ni aucun symptôme de somatisation. Constatant une douleur intense et persistante quotidiennement depuis plus de six mois, sans explication suffisante au niveau physiologique ou physique, l'expert a posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux présent depuis 1998 (F45.4). A cet égard, il a indiqué que les sensations douloureuses de l'assuré, décrites comme des lombalgies, de fréquentes sensations de faiblesse dans les jambes, des crampes régulières et, sur le plan psychique, une impression de vide qui semblait peser "terriblement", n'ont pas entraîné de repli important de l'assuré sur lui-même. Ce dernier est décrit comme entouré d'amis compatriotes qu'il voit régulièrement, avec qui il passe des moments décrits comme agréables, et a des contacts téléphoniques quotidiens avec sa famille. Il rapporte en outre n'être pas particulièrement gêné par ses douleurs dans ses activités quotidiennes (ménage, courses, cuisine) et sort se balader une fois par jour l'après-midi, sur recommandation de son médecin. Enfin, l'expert considère qu'il existe une discordance entre les plaintes et les bases organiques, qui jette le doute sur la validité des informations données par le patient. Il est d'avis que le trouble somatoforme douloureux est sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, laquelle reste entière au niveau psychique, tout en mentionnant l'importance de différentes mesures à prendre, dont la prise régulière d'antidépresseurs, une bonne hygiène de vie et une gestion de la douleur par un encadrement médical multidisciplinaire. Il affirme qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il

fasse par lui-même les efforts nécessaires pour réintégrer un processus de travail, mettant en exergue une prise irrégulière des antidépresseurs et un suivi psychiatrique récent et peu important (une séance à quinzaine). Les mesures éventuelles de réadaptation ne concernent que les aspects physiques. L'expert relève que l'assuré doit travailler dans un cadre professionnel ne lui demandant pas une grande autonomie et sans stress excessif.

12. Le SMR a établi un rapport final le 5 décembre 2005, concluant à des lombalgies sur troubles dégénératifs (M54.8) permettant une capacité de 50% dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée dès le 12 octobre 2001. Les limitations constatées sont un port de charges n'excédant pas 15 kg, l'exclusion de travaux lourds et l'évitement de rotation du tronc ou le porte-à-faux.

13. Par décision du 19 décembre 2005, l'OCAI a refusé une rente à l'assuré, au motif que, du point de vue psychiatrique, le trouble somatoforme douloureux persistant ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes ni ne remplissait les critères pertinents mettant en évidence une atteinte à la santé invalidante, et, du point de vue physique, laissait une pleine capacité dans une activité adaptée, laquelle ne générait qu'une perte de gain de 8'102 fr. 75, correspondant à la différence entre le revenu sans invalidité pour 2002 (59'410 fr.) et celui avec invalidité (57'008 fr. 05 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) niveau de qualification 4 avec une déduction de 10% pour activité légère). Le taux d'invalidité ainsi calculé de 14% était par conséquent insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (40% au minimum).

14. Par décision du 20 décembre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré tout droit au reclassement ainsi que l'aide au placement, considérant que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée et qu'aucune limitation liée à l'état de santé n'entravait l'assuré dans sa recherche d'emploi.

15. Le 16 janvier 2006, les médecins A_____ et B_____ ont indiqué que leur patient présentait une atteinte à la colonne vertébrale qui ne lui permettait plus d'effectuer des travaux lourds et qu'en raison d'un état dépressif surajouté, il convenait de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique.

16. Par courrier du 30 janvier 2006, complété le 21 mars 2006, l'assuré a fait opposition aux deux décisions précitées, concluant préalablement à la mise en œuvre d'expertises rhumatologique et psychiatrique et, au fond, à l'annulation des décisions et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement, à l'octroi de mesures de reclassement. Il soutient en substance que l'expertise psychiatrique du Dr F_____ n'a pas de valeur probante dans la mesure où elle s'avère très générale, permettant difficilement d'identifier les troubles dont il souffre et entre en

contradiction tant avec les rapports des médecins traitants qu'avec la première expertise psychiatrique demandée par l'OCAI.

17. Par décision sur opposition du 19 février 2007, l'OCAI a confirmé ses décisions initiales, tant concernant le refus de rente que les mesures de reclassement, considérant que les expertises des Drs F_____ et D'ORO, sur lesquelles se fondent son appréciation, présentent une pleine valeur probante, contrairement à l'expertise de la Dresse D_____ et aux rapports des médecins-traitants, lesquels n'apporteraient pas d'éléments objectifs permettant d'ébranler l'appréciation des experts. Dans la même décision, il a dénié à l'assuré le droit à l'assistance juridique.

18. Par acte du 26 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant à l'ordonnancement d'une expertise, puis à l'annulation de la décision querellée, en ce qui concerne le refus de rente et les mesures d'ordre professionnel, de même que sur la question de l'assistance juridique. En substance, le recourant soutient que l'expertise du Dr F_____ n'a pas de valeur probante, en ce qu'elle est contredite tant par ses médecins traitants que par l'experte D_____.

19. Par réponse du 22 mai 2007, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter à la motivation de sa décision sur opposition et a conclu au rejet du recours.

20. Le litige portant sur le refus de l'assistance juridique a fait l'objet d'une procédure séparée (A/1231/2007), laquelle a donné lieu à un arrêt du Tribunal de céans en date du 19 juin 2007, par lequel l'assistance juridique a été octroyée en recourant pour la procédure sur opposition.

21. Le 10 octobre 2007, le Tribunal de céans a procédé à une comparution des parties. Le recourant a alors déclaré ce qui suit:

> "Je me réveille vers 6-7 heures du matin. Vers 9H30 je sors pour me promener. Parfois je prends un café à l'extérieur et rencontre des amis. Si j'ai quelques commissions à faire, je les fais à ce moment. Vers midi, je rentre à la maison et me prépare à manger. Dans l'après-midi je regarde la télévision et lis des journaux. Vers 16 heures, je ressors pour voir des amis à l'extérieur. Je rentre à la maison vers 18H30. Après m'avoir préparé à manger et mangé, je sors certains soirs à nouveau. La nuit, je me réveille plusieurs fois à cause des douleurs au dos. Toutefois, dans l'ensemble, mon sommeil est bon .
>
> Je regarde parfois dans les journaux les offres d'emploi. Cependant, je n'ai jamais vu une offre qui aurait pu me convenir, compte tenu de mes limitations fonctionnelles".

Quant à l'intimé, il s'est déclaré d'accord d'offrir au recourant une aide au placement. A cet égard, il a donné les explications suivantes:

> "Il y a deux sortes d'aide au placement : l'aide au placement simple et l'aide au placement avec une orientation professionnelle et stage en entreprise. Dans l'aide au placement simple, l'AI aide l'assuré uniquement à trouver un emploi dans les différentes entreprises. L'aide au placement avec orientation professionnelle comprend la participation à des ateliers professionnels avec encadrement approprié pendant 6 à 7 semaines. Cette mesure aboutit généralement à un stage en entreprise pendant 3 mois.
>
> On ne peut pas choisir à l'avance quel type d'aide au placement sera mis en place. Il y a au début un entretien avec les placeurs et ce sont eux qui décident quelle est la mesure la plus appropriée".

Le mandataire du recourant a déclaré à cette audience que celui-ci acceptait une aide au placement avec orientation professionnelle et stage en entreprise.

22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai prescrits par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Le présent recours concerne le droit aux prestations dès l'année 2002. Les faits pertinents étant en partie antérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas est régi par les dispositions pertinentes de la LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 pour les faits qui se sont déroulés jusqu'à cette date, puis dans sa teneur au 1er janvier 2004 (4ème révision), pour les faits subséquents, de même que par la LPGA dès le 1er janvier 2003. La modification de la LAI en vigueur dès le 1er juillet 2006 est également applicable, puisque le présent recours a été formé le 26 mars 2007.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et des mesures d'ordre professionnel et, singulièrement, sur la valeur probante des

expertises diligentées par l'intimé et plus particulièrement celle du Dr F_____, psychiatre.

5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision de la LAI), le taux d'invalidité requis pour une pleine rente est de 70% au moins, le taux de 60% au moins ouvrant le droit à trois-quarts de rente.

6. Selon l'art. 4 LAI, dans son ancienne teneur, 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. 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).

   En vertu de 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).

   Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 6 à 8 LPGA sans modifications essentielles. Ainsi, l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA dispose qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art.

8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté

(MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si une expertise privée est propre à

mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. Dans le cas d'espèce, le recourant souffre d'affections physiques et psychiques, ce qui a justifié de la part de l'intimé la mise en œuvre d'expertises rhumatologique et psychiatrique.

10. Au niveau physique, l'expertise menée à la demande de l'OCAI répond aux critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Les médecins traitants d'ailleurs ne posent pas de diagnostics différents, ne donnent pas d'éléments objectifs et/ou nouveaux qui permettraient de considérer que cette expertise est insatisfaisante. Sans la critiquer, ils proposent néanmoins, dans leur avis du 16 janvier 2006, une nouvelle expertise rhumatologique. Ceci est insuffisant pour douter du caractère probant de l'expertise existante et il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il en découle que l'assuré souffre d'un syndrome vertébral modéré sans limitation significative de la mobilité, s'exprimant par des lésions discales modérées des deux derniers segments lombaires, à savoir une petite discopathie L5-S1 et une petite hernie discale médiane L4-L5 sans contrainte radiculaire ou médullaire. Ces lésions physiques peuvent générer des douleurs d'efforts lors d'activité lourde et limitent le recourant dans le maintien de la position debout au-delà d'une heure et dans la marche au-delà de vingt minutes, de même que sa faculté à porter des charge modérées à lourdes. Cependant elles ne coïncident pas avec l'intensité des douleurs ressenties par le recourant, lesquelles ne peuvent être objectivées. L'avis des médecins traitants, selon lequel l'état de santé du recourant se serait aggravé au plan physique depuis 2003, ne se vérifie cependant pas par des éléments objectifs. L'expert a en effet constaté l'absence d'évolution depuis octobre 2001. La capacité de travail est ainsi entière dans un emploi léger et adapté depuis cette date, ce qu'a précisément retenu l'intimé. Le probable syndrome de déconditionnement physique et psychologique en partie dû à l'arrêt de travail prolongé mis en évidence par l'expert n'est au surplus pas pertinent dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant en assurance-invalidité.

11. Au niveau psychique, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr F_____, ce que critique précisément le recourant. Cette expertise, confiée à un spécialiste reconnu ne peut être écartée aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé selon la jurisprudence (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb), pour autant qu'elle se fonde sur des observations approfondies, des investigations

complètes, en pleine connaissance du dossier. Ces éléments sont réalisés en l'espèce. L'anamnèse est précise, fouillée, conforme aux éléments qui émergent des autres pièces médicales, les observations sont, quoiqu'en dise le recourant, concrètes et approfondies et les investigations sont importantes, puisque l'expert a retenu l'assuré plusieurs heures pour l'examiner et lui a fait passer plusieurs tests en sus de l'examen clinique. Le diagnostic retenu est celui de syndrome somatoforme douloureux présent depuis 1998 (F45.4). L'expert a écarté l'existence d'un état dépressif sévère, diagnostiqué dans la première expertise, au motif qu'il ne constatait aucun symptôme de dépression : l'assuré avait une bonne estime de lui-même, ne ressentait pas de sentiment de culpabilité particulier ni de ralentissement ou d'agitation, connaissait une amélioration des difficultés de concentration, n'avait jamais eu d'idées de mort, n'avait pas de troubles du sommeil ni de problème de poids, résultats confirmés par les tests pratiqués (échelle d'Hamilton et questionnaire de Beck-II). L'expert a cependant mis en évidence chez le recourant un manque affectif lié à l'éloignement de sa femme et de ses enfants, un sentiment pesant de solitude et un mal du pays, mais aucun trouble de l'adaptation, aucun signe provenant de la lignée psychotique ou symptôme de somatisation. En regard de ces conclusions, les constatations de la Dresse D_____, tenant sur deux pages, apparaissent lacunaires, peu motivées, voire incohérentes en ce que ce médecin diagnostique un état dépressif sévère et une personnalité évitante présents depuis 1979, année du décès du frère du recourant. Or, un état dépressif, évalué comme sévère, n'aurait pas permis au recourant, selon l'expérience générale de la vie, d'assumer son activité professionnelle sans traitement psychothérapeutique et sans médication un tant soit peu importante. Il convient de préciser qu'en ce qui concerne le psychiatre G_____ qui aurait été consulté en 2005 selon l'expertise, le recourant n'en fait aucune mention dans ses écritures ni ne produit d'avis médical émanant de ce spécialiste, de sorte que le Tribunal en déduit qu'il n'a engagé avec ce thérapeute aucun suivi psychothérapeutique. Dès lors, les considérations du second expert s'avère éclairantes et emporte la conviction du Tribunal. Enfin, lors de son audition en date du 10 octobre 2007, le recourant a déclaré sortir tous les jours et rencontrer régulièrement des amis. Un tel comportement est également incompatible avec un épisode dépressif sévère, ce qui confirme les conclusions de l'expertise du Dr F_____.

12. Les souffrances du recourant, dont l'existence n'est pas mise en doute, doivent être examinées selon les critères développés par le Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux. En l'absence de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, il importe dans le cas d'espèce d'examiner les autres critères déterminants pour évaluer le caractère invalidant du trouble dont souffre le recourant. Le syndrome vertébral modéré sans limitation revêt à l'évidence un caractère chronique, sans rémission durable. Cependant, le recourant ne connaît pas une perte d'intégration, dans la mesure où il maintient des contacts journaliers avec ses amis. Il entretient également des relations avec sa

famille d'une façon dense, par le biais du téléphone. Refusant un traitement psychothérapeutique et ne suivant pas de manière rigoureuse son traitement médicamenteux selon l'expert, l'état psychique du recourant ne peut être considéré comme cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Dans ces circonstances, on doit admettre l'exigibilité d'un effort de volonté du recourant et le caractère non invalidant de son trouble somatoforme douloureux. Ces conclusions étant celles de l'intimé, le Tribunal ne peut que les confirmer.

13. Il reste à examiner si le taux d'invalidité retenu par l'intimé, de 14%, est justifié en regard des dispositions légales pertinentes.

    Sans invalidité, le recourant aurait réalisé selon les informations de son ancien employeur pour 2002, année du début du droit à la rente, un revenu de 4'570 fr. par mois plus un treizième salaire soit 59'410 fr. par an, chiffre retenu également par l'intimé.

    En ce qui concerne le revenu d'invalide, le recourant ne travaille plus depuis plusieurs années. Il convient en ce cas, selon la jurisprudence, de déterminer ce revenu en se référant aux salaires bruts standardisés ressortant des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 76). Pour des tâches simples et répétitives dans le secteur privé (niveau d'exigence 4), correspondant à la capacité résiduelle du recourant, le salaire en 2002 était de 4'557 fr. par mois, soit de 54'684 par an, pour une durée de travail de 40 heures par semaine. Compte tenu du fait qu'en 2002 la moyenne de cette durée était de 41,7 heures, le revenu annuel déterminant est de 57'008 fr. En admettant une déduction de 15 % en raison des limitations et de l'âge du recourant, ce revenu doit être arrêté à 48'456 fr. 80.

    La comparaison des revenus sans et avec invalidité laisse apparaître une perte de gain de 18,44 %, taux qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

14. Se pose encore la question des mesures d'ordre professionnel.

    Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. En vertu de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, soit une orientation professionnelle, une formation professionnelle initiale, un reclassement professionnelle et une aide au placement. Il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées, afin de déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré (ATF 110 V 101 ss consid. 2). En effet, une mesure de réadaptation n'est pas allouée si elle est vouée à l'échec, selon toute vraisemblance, dés lors que de telles mesures ne sont à la charge de

l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

15. a) Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Est considéré comme invalide, au sens de cette disposition, celui qui subit, du fait de ses atteintes à la santé, une perte de gain d'environ 20 % (ATF 124 V 108, 110).

    b) En l'espèce, indépendamment du fait que la perte de gain du recourant se situe en-dessous des 20%, il convient de constater que ses capacités d'adaptation et d'apprentissage sont selon toute vraisemblance limitées, de sorte que seule une mise au courant pratique en entreprise est à sa portée. En effet, le recourant maîtrise imparfaitement le français, comme l'a relevé le Dr F_____ dans son rapport d'expertise (p. 15 de ce rapport). Par ailleurs, il n'a aucune formation professionnelle certifiée, dans la mesure où il a été formé uniquement en entreprise.

    Compte tenu de ces éléments, il convient d'admettre que les chances de succès d'une mesure de reclassement professionnel sont insuffisantes. Les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une telle mesure seront par conséquent rejetées.

16. Il convient cependant d'examiner si le recourant pourrait prétendre à la mise en œuvre d'une orientation professionnelle.

    a) En vertu de l'art. 40 LAI, l'assuré a droit à l'orientation professionnelle, lorsque son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure. L'invalidité au sens de cette disposition légale consiste en un empêchement dans le choix d'une profession, pour des raisons de santé, ou dans l'exercice de l'activité antérieure d'un assuré en principe capable de travailler. Entre en considération tout handicap physique ou psychique qui restreint le cercle des professions et activités possibles que l'assuré pourrait exercer en fonction de son aptitude et de sa motivation, ou qui rend impossible l'exercice du travail précédent. Sont toutefois exclus les handicaps de peu d'importance qui n'entraînent pas un empêchement notable et ne justifient dès lors pas les prestations de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 s.s. 1a).

    b) En l'occurrence, le recourant a exercé pendant toute sa vie des travaux de force. Or, en raison des lombalgies chroniques et des discopathies, il est aujourd'hui dans l'impossibilité, à l'âge de plus de 50 ans, d'exécuter de tels travaux. Cela étant, il convient d'admettre que le choix des professions qui lui sont encore ouvertes est indiscutablement restreint en raison d'une atteinte à la santé. Cet handicap doit également être considéré comme notable, dès lors qu'il empêche l'assuré de porter des charges modérées à lourdes et limite la position debout prolongée de plus d'une heure et la marche de plus de 20 minutes, selon les conclusions du Dr C_____.

Il appert ainsi que les conditions pour une orientation professionnelle sont réunies, de sorte que le recourant peut prétendre à l'octroi d'une telle mesure.

17. S'agissant d'une aide au placement, les conclusions des parties sont concordantes, dès lors que l'intimé est disposé à offrir cette mesure au recourant et que celui-ci y a également conclu lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 10 octobre 2007. Par conséquent, il convient d'en prendre acte.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition 19 février 2007 confirmée, en ce qui concerne le refus de rente, et annulée en ce qu'elle refuse au recourant toute mesure d'ordre professionnel. Celui-ci sera par ailleurs mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, ainsi que, d'accord entre les parties, d'une aide au placement.

19. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.

20. L'émolument de 200 fr. est mis à la charge des parties à part égale.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. L'admet partiellement.

2. Annule la décision du 19 février 2007 de l'intimé en ce qu'elle a refusé au recourant tout droit à une mesure d'ordre professionnel.

3. La confirme pour le surplus.

4. Octroie au recourant une orientation professionnelle.

5. Prend acte de l'engagement de l'intimé de mettre le recourant au bénéfice d'une aide au placement.

6. L'y condamne en tant que besoin.

7. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens.

8. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant à raison de 100 fr. et de l'intimé à raison du même montant.

9. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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