

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1531/2008

ATAS/1670/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 17 décembre 2009

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. M_____ (ci-après : l'assuré) né en 1967, originaire du Pakistan est entré en Suisse en 1990 et a obtenu la nationalité suisse en 1998. Il s'est marié le 4 septembre 1992 et est actuellement séparé de son épouse depuis 2006.
2. Du 3 septembre 1990 au 31 mars 1999, l'assuré a travaillé comme aide de cuisine pour X_____ Sàrl et a été licencié par l'employeur.
3. En 1991, l'assuré a subi une entorse du genou gauche. Le 1^{er} juillet 1992 il a subi une nouvelle entorse du genou gauche. Le 11 novembre 1992, l'assuré a chuté et subi une grave entorse du genou droit. Le 11 mars 1996, il a subi à nouveau une entorse du genou gauche et enfin, le 10 mai 1998, l'assuré a chuté sur le genou gauche.
4. Le 2 septembre 1999, la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 10 mai 1998 en raison d'une contusion du genou gauche et d'une entorse lombaire.
5. Le 12 février 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 22 février 1999, le Dr A_____, FMH chirurgie, a rendu à la demande de la Zürich Assurances une expertise, laquelle conclu à une instabilité du genou droit sur une probable insuffisance du ligament croisé antérieur et un début d'arthrose du compartiment externe du genou gauche. Le patient pouvait reprendre son ancienne activité. Le 14 juin 2001, le médecin a attesté d'une aggravation de la situation, d'une incapacité de travail totale et proposé un recyclage dans une profession pouvant s'exercer en position assise sans trop de déplacements et d'efforts.
7. Du 13 mai 1998 au 30 septembre 2002, l'assuré a reçu des indemnités journalières LAA de la part de la Zürich Assurances. Par décision du 18 novembre 1999, la Zürich Assurances a mis fin au droit au traitement médical et aux indemnités journalières au 31 octobre 1999 et nia le droit à une rente. Cette assurance octroya par ailleurs à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (9'720 fr). Cette décision ayant fait l'objet d'une opposition a été annulée.
8. Le 26 mars 2002, l'assuré a subi une greffe cartilagineuse du genou droit.
9. Par décision du 9 octobre 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 1999 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Une procédure de révision a été ouverte en octobre 2002.

10. Le 18 novembre 2002, la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet a attesté d'un état de santé stationnaire et d'un pronostic sombre.
11. Le 5 décembre 2002, le Dr B_____, FMH orthopédie, a mentionné une amélioration avec une capacité de travail possible dans un autre métier.
12. Du 1^{er} au 28 septembre 2003, l'assuré a suivi un stage au Centre d'intégration professionnelle. Il a été en incapacité de travail depuis le 22 septembre 2003. Le rapport COMAI a conclu à une capacité de travail avec un rendement de 70 % dans une activité légère, simple et répétitive, privilégiant la position assise, sans port de charges et positions statiques prolongées. Vu le comportement de l'assuré, une mesure de reclassement était vouée à l'échec.
13. Le 7 octobre 2003, la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet a attesté d'une aggravation de l'état de santé, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales, syndrome sacro-lombaire, céphalées et dépression nerveuse et indiqué que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.
14. Par décision du 17 décembre 2003, faisant suite notamment à une nouvelle expertise du Dr. A_____, la Zürich Assurances a mis fin au droit au traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 31 mars 2003 et nia à l'assuré tout droit à une rente dans le mesure où le gain que ce dernier pourrait réaliser en mettant à profit sa capacité de travail résiduelle était supérieur au gain qui serait réalisé dans l'activité professionnelle antérieure à l'accident.
15. Le 13 janvier 2004, l'assuré forma opposition à la décision du 17 décembre 2003 en contestant le taux d'atteinte à l'intégrité de 15% et le refus de rente.
16. Le 26 avril 2004, l'assuré a été examiné au Service médical régional AI (ci-après le SMR) par le Dr C_____, FMH médecine physique et rééducation, lequel a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales chroniques et lombalgies communes chroniques entraînant des limitations fonctionnelles permettant l'ancienne activité d'aide de cuisine à 50 % dès le 1^{er} janvier 2003 et une activité adaptée à 100 % en tout temps exigible.
17. Un rapport de réadaptation professionnelle du 23 mai 2006 conclut : « bien que M. M_____ ne soit pas en mesure de reprendre son activité antérieure à plein temps en raison de son atteinte à la santé, cette atteinte n'a plus pour conséquence une diminution notable de la capacité de gain. Par conséquent, un emploi simple et léger dans le circuit économique procurera à cet assuré un revenu excluant un droit à des prestations financières ou à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI. Cependant, comme M M _____ a été mis au bénéficiaire d'une rente pendant plusieurs années et que son atteinte à la santé le contraint à changer de profession pour pouvoir mettre en valeur une pleine capacité de travail, il pourrait

bénéficiaire d'une mesure d'aide au placement au sens d'un soutien dans la recherche d'emploi pour autant qu'il en fasse la demande expresse et qu'il démontre une réelle volonté de s'impliquer de manière active dans la recherche d'une activité professionnelle adaptée. »

18. Par décision du 29 mai 2006, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en établissant un degré d'invalidité de 9 % fondé sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une déduction de 10 %.
19. Le 28 juin 2006, l'assuré s'est opposé à cette décision.
20. Le 6 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré.
21. Le 6 décembre 2006, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition en concluant à son annulation. Il a transmis un certificat médical de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet selon lequel il souffrait d'une dépression nerveuse depuis juin 2003 et suivait un traitement médicamenteux. Il présentait de l'angoisse, excitation, nervosité, insomnie, céphalées vasomotrice, vertiges et fatigue. L'instabilité du genou et la dépression nerveuse l'empêchaient de travailler.
22. Par décision du 25 janvier 2007, l'OCAI a annulé la décision litigieuse et repris l'instruction médicale du cas, de sorte que le Tribunal de céans a rayé la cause du rôle par jugement du 5 février 2007.
23. A la demande de l'OCAI, la Clinique romande de réadaptation (ci-après le CRR) à Sion a rendu une expertise médicale le 27 novembre 2007 à la suite du séjour de l'assuré du 12 au 14 novembre 2007. Elle comprend une "anamnèse et examen clinique" du Dr C_____, FMH chirurgie orthopédique, une expertise psychiatrique de la Dresse D_____, cheffe de clinique et une expertise rhumatologique du Dr E_____, FMH médecine interne.

L'assuré se plaignait de douleurs aux deux genoux sans amélioration depuis l'intervention chirurgicale avec enflures, lâchages, insécurité, blocage occasionnel et une boiterie ainsi que des lombalgies. Les experts posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de gonarthrose gauche tricompartmentale modérée, avec rupture ancienne du ligament croisé antérieur et lésions de méniscopathie (M 17.3), un status après plastie du ligament croisé antérieur droit et méniscectomie interne en 2002 (Z 98.8) avec ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne (M 17.3), lombalgies communes (M 54.5) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) chez un assuré à traits dépendants.

Il existait une discordance indiscutable entre, d'une part, l'importance des plaintes alléguées par l'assuré, et, d'autre part, la relative discrétion des constatations cliniques et radiologiques. L'expert souligne que ceci est particulièrement vrai au niveau lombaire, où les radiographies sont à considérer comme normales et où l'examen clinique ne montre qu'une discrète limitation de la mobilité. Mais même au niveau des genoux, cette discordance se retrouve : selon l'expérience médicale, des articulations calmes, libres et stables ne peuvent expliquer l'importance du syndrome douloureux de l'assuré, notamment au repos.

Il n'y avait pas de proposition thérapeutique. Dans une activité adaptée (position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10-15 kilos est sans long déplacement) une capacité de travail entière était médicalement exigible. Dans les activités habituelles d'aide de cuisine, une incapacité de travail totale ou quasi-totale paraissait justifiée depuis début 2007. Toute mesure de réadaptation échouerait certainement vu le déconditionnement de l'assuré et le trouble somatoforme.

L'expertise psychiatrique relève qu' "alors que l'assuré avait déjà trouvé un certain équilibre de vie familiale, dans une position d'invalidé, cet équilibre a été rompu depuis qu'il s'est retrouvé seul. Il présente actuellement une tendance à la passivité et une attitude de victime, se laissant prendre en charge par des amis, n'acceptant pas la séparation et en attente d'une reprise de la vie conjugale. On trouve ainsi des traits dépendants relativement marqués, caractérisés par cette intolérance à la séparation et à la difficulté à assumer ses responsabilités. Malgré tout, ce comportement de dépendance n'est pas majeur ni rigide ou franchement dysfonctionnel. Ces traits de personnalités peuvent être exacerbés par le stress et la douleur chronique. L'assuré présente une tendance dépressive de longue date (déjà décrit dans le rapport du Dr F_____ du 2003 et confirmé lors de notre entretien téléphonique du 15 novembre 2007). Il est difficile de savoir s'il y a eu des périodes de rémission car l'assuré a tendance à majorer la symptomatologie psychiatrique. Quoiqu'il en soi, cette symptomatologie dépressive est contenue par le traitement anxiolytique (Xanax 1 cp/jour), ne nécessitant pas la prescription d'un traitement antidépresseur, ni le changement de traitement, ni de soins spécialisés en institution psychiatrique. Les soins prodigués par son médecin traitant ont été suffisants dans les dernières années. Cette psychopathologie ne s'est donc pas aggravée et reste de degré modéré". L'état psychique ne constitue pas un facteur d'incapacité de travail de longue durée.

24. Le 1^{er} février 2008, la Dresse G_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il n'y avait pas de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée du point de vue somatique et psychique.

25. Par projet de décision du 7 février 2008, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en constatant un degré d'invalidité de 9 %, refusé des mesures professionnelles et octroyé, sur demande de l'assuré, une aide au placement.
26. Par décision du 14 mars 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
27. Le 30 avril 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif au recours et à la nomination d'un expert et, principalement, à son annulation. Il contestait un degré d'invalidité de 9 % et estimait avoir droit à une rente entière.
28. Le 19 mai 2008, l'intimé a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et du recours en relevant qu'il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une expertise complémentaire.
29. Par arrêt incident du 10 juin 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
30. Le 5 mai 2008, une IRM du genou gauche a conclu à un épanchement intra-articulaire, une déchirure "grade III" de la corne postérieure du ménisque interne avec dégénérescence et moins prononcée de la corne antérieure du ménisque externe, une lésion transchondrale qui s'avère être ancienne du condyle fémoral antéro-externe, sans altération de la spongieuse osseuse sous-jacente, un status post-rupture complète du ligament croisé antérieur et tuméfaction autour du ligament collatéral interne mais sans rupture de son faisceau profond, un important remaniement comblant partiellement la graisse de Hoffa, un ligament quadricipal et tendon rotulien d'épaisseur normale et un signe de gonarthrose.
31. Le 9 juin 2008, une radiographie des deux genoux a conclu à une gonarthrose prédominant au niveau du compartiment externe et fémoro-tibial à droite.
32. Le 17 juin 2008, le Dr H_____, FMH chirurgie orthopédique, a relevé qu'une arthroscopie pouvait être discutée afin de régulariser le pourtour méniscal interne du genou gauche, voire à long terme une arthroplastie totale de ses genoux ou tenter une nouvelle série d'infiltrations.
33. Le 23 juin 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré :

"Je conteste la décision de suppression de ma rente car je m'estime incapable de travailler en raison des douleurs aux genoux, au dos. En plus je suis diabétique et dépressif. Je prends un traitement médicamenteux soit des anti-inflammatoires, des antidouleurs, du Xanax et du Remeron. Je suis suivi par le Dr I_____, psychiatre. Je suis également suivi par le Dr J_____ avec lequel j'ai un rendez-

vous le 26 juin et par le Dr H_____. Je verse au dossier un avis médical du Dr H_____, une radiographie du 9 juin 2008 ainsi qu'une IRM du 5 mai 2008. Je n'ai jamais vu le rapport d'expertise de la clinique romande de réadaptation. Je conteste la conclusion de ce rapport dès lors que vous m'informez que les médecins ont considéré que j'étais apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée. Je ne suis pas prêt à me soumettre à des mesures d'ordre professionnel dès lors que j'estime que je ne suis pas prêt à travailler du tout. Actuellement je reçois une aide de l'Hospice général. Je me rappelle que j'avais dû interrompre un stage en 2002 car je n'arrivais pas à le suivre. Je vais consulter ce jour le dossier afin de prendre connaissance des conclusions du rapport de la CRR".

34. A la demande du Tribunal de céans, le Dr J_____ a précisé que l'IRM du genou gauche du 5 mai 2008 n'apportait pas de nouveau diagnostic, les lésions constatées étaient déjà présentes sur l'IRM du 12 décembre 2006. Les constatations étaient conformes à celles de l'expertise de la Clinique Romande de Réadaptation du 27 novembre 2007. La patient avait été pris en charge en physiothérapie et allait bénéficier d'un traitement de visco-supplémentation.
35. Le 14 octobre 2008, le recourant a transmis un certificat médical de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA attestant d'une incapacité de travail totale en raison de gonalgies bilatérales post-traumatique et de dépression. Le patient était en traitement auprès de Dr K_____, psychiatre.
36. Le 3 décembre 2008, la Zürich Assurances a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition et confirme entièrement la décision du 17 décembre 2003. Selon les informations du Tribunal, cette décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours.
37. Entendue au cours de l'audience d'enquêtes du 27 avril 2009, le Dr I_____, médecin psychiatre, qui précise tout d'abord qu'elle n'a vu le recourant que deux fois, relève « Lorsque M. M_____ est venu à mon cabinet, la symptomatologie était claire et correspondait à un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. J'ai prescrit, à ce moment-là, un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. »

A l'occasion de la deuxième rencontre le Dr. I_____ a pu constater qu'il y avait une amélioration de l'état de santé du recourant. Un troisième rendez-vous n'a pas été honoré parce que le recourant se sentait mieux d'une part et d'autre part il avait des difficultés financières.
38. Entendu au cours de cette audience, le recourant conteste les propos du Dr. I_____ en ce sens que d'une part il n'avait pas de problèmes financiers et que d'autre part il estimait que la prise de médicaments durant le premier mois de traitement n'a pas apporté d'amélioration à son état de santé.

39. Le Tribunal n'a pas été en mesure d'entendre en audience le Dr. F _____, médecin traitant du recourant.
40. Interrogé par écrit, le Dr. F _____ a confirmé le diagnostic de gonalgies bilatérales post-traumatique et de diagnostic définitif de dépression nerveuse depuis juin 2003, syndrome sacro-lombaire, status post appendicectomie, céphalées vasomotrice, diabète de type II depuis 1998. Le Dr. F _____ confirme également une capacité de travail nulle depuis 1998 et un traitement médicamenteux de la dépression
41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par arrêt incident du 10 juin 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente du recourant.
3. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement

stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 rente 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

5. En matière d'assurance-invalidité, la longue période d'inactivité, l'âge ou l'absence de motivation ne constituent pas des atteintes à la santé à prendre en considération pour évaluer l'incapacité de travail ou de gain d'un assuré. Le fait que la personne concernée se considère comme invalide ne constitue pas davantage un critère. Il convient bien plutôt de se demander si, en raison d'atteintes à la santé, l'assuré ne dispose plus des ressources physiques et psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (ATFA du 5 décembre 2005 I 685/04).

S'il apparaît que des facteurs psychosociaux ou socioculturels peuvent avoir une influence sur la capacité de travail, il n'en demeure pas moins que seule l'existence d'une atteinte à la santé psychique équivalant à une maladie revêt une importance décisive lors de l'évaluation médicale de cette capacité (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 s.).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) 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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, l'expertise de la CRR du 27 novembre 2007 répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, le rapport de cette expertise pluridisciplinaire (orthopédie, psychiatrie et rhumatologie) se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les conclusions sont claires et dûment motivées. Une nouvelle expertise serait superflue.
8. En outre, le rapport du 17 juin 2008 du Dr H_____ ne contient pas de constatations médicales différentes ou nouvelles puisque la gonarthrose tricompartimentale des deux genoux confirmée par les examens radiographiques a été mentionnée par les experts.

9. De plus, dans son courrier du 13 octobre 2008, le Dr. J _____, rhumatologue, relève que les constatations sont conformes à celles de l'expertise de la Clinique Romande de Réadaptation du 27 novembre 2007, ce qui confirme la valeur probante de ladite expertise.
10. Dans le domaine somatique, les experts relèvent que dans une activité adaptée, une capacité de travail entière est médicalement exigible. En outre, l'état psychique du recourant ne constitue pas un facteur d'incapacité de travail de longue durée. Au sujet des mesures de réadaptation professionnelle, le Dr. C _____ précise que le déconditionnement de l'assuré après dix ans d'inactivité, le trouble somatoforme et le comportement douloureux lié à ce trouble, feront certainement échouer toute mesure de réadaptation.
11. Considérant la notion d'activité adaptée, il convient d'examiner si l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de

l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). L'OCAI a d'ailleurs relevé à ce sujet la nécessité d'un degré d'invalidité reconnu.

12. Il sied de constater, en l'occurrence, que le stage d'observation mis en place a permis de confirmer que des mesures de réadaptations professionnelles n'étaient pas indiquées en raison notamment de l'absence de motivation du recourant. Cette conclusion est corroborée par l'avis du Dr. C_____ qui précise que le déconditionnement de l'assuré après dix ans d'inactivité, le trouble somatoforme et le comportement douloureux lié à ce trouble, feront certainement échouer toute mesure de réadaptation.

En conséquence, le Tribunal ne retiendra pas, en faveur du recourant, un droit à des mesures de réadaptation.

13. Le Tribunal de céans conclura donc au rejet du recours.
14. A sujet de l'aide au placement, le Tribunal relèvera que, dans sa décision du 14 mars 2008, l'OCAI a octroyé, sur demande le l'assuré, une aide au placement. Il appartiendra, dès lors, au recourant de tout mettre en œuvre afin d'obtenir cette aide au placement
15. Le recours étant mal fondé, le recourant qui succombe sera condamné à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI .

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

Statuant

A la forme :

1. Confirme la recevabilité du recours

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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