

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1734/2007

ATAS/381/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 2 avril 2008**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THONEX, comparant avec                   recourant  
élection           de           domicile           en           l'étude           de  
Maître Michel BOSSHARD

contre

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

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, a travaillé, dès le 16 avril 1996, en tant qu'aide-jardinier auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA.
2. Le 10 février 2005, alors qu'il rentrait à son domicile au volant de sa voiture, l'assuré a été victime d'un télescopage en chaîne sur l'autoroute de contournement de Genève.
3. Le même jour, il a été examiné par le Dr L\_\_\_\_\_, généraliste, qui a constaté des contractures cervicales diffuses avec douleurs paravertébrales cervicales bilatérales, un peu de limitation lors des mouvements de rotation et l'absence de conflit radiculaire. Dans un rapport du 11 mai 2005, ce médecin a diagnostiqué une entorse cervicale et a attesté une incapacité de travail de 100 % du 11 février au 13 mars 2005, de 50 % du 14 mars au 4 avril 2005, de 100 % du 8 avril au 1<sup>er</sup> mai 2005, enfin de 50 % dès le 2 mai 2005.
4. Dans un rapport du 30 septembre 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a également diagnostiqué des discopathies dégénératives cervicales étagées. Il a signalé une évolution stationnaire et a précisé que le patient avait dû se remettre en incapacité de travail à 100 % dès le 11 juillet 2005, car il n'arrivait plus à prolonger les efforts au-delà d'une heure. Il a estimé que des lésions dégénératives sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 11 juillet 2005.
5. L'assuré a séjourné du 19 octobre au 15 novembre 2005 dans le service de réadaptation neurologique de la Clinique romande de réadaptation dont les médecins ont procédé à divers examens. Il a séjourné aux ateliers professionnels du 28 octobre au 10 novembre 2005. Durant ce séjour, il a dû régulièrement interrompre ses activités (triage de visserie, petites pièces électriques, mécanique) en raison des cervicalgies de sorte que le stage a pris fin en accord avec le corps médical. Dans un rapport du 3 novembre 2005, le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a fait état d'une thymie globalement abaissée et d'une irritabilité avec forte impulsivité. Il n'a pas noté d'éléments pour un trouble anxieux spécifique ou psychotique ou pour un trouble de la personnalité avéré. Il a posé un diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive (F 43. 21). Dans un rapport du 9 novembre 2005, le Dr N\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de neurochirurgie de l'hôpital de Sion, a estimé que la hernie discale C5-C6, bien qu'elle se situait plutôt à gauche, était assez importante pour expliquer la symptomatologie dans le bras droit également. Il a proposé une discectomie et une arthrolyse C5-C6 que le patient a refusées. Dans un rapport du 10 novembre 2005, le Dr O\_\_\_\_\_, rhumatologue, a conclu à l'absence de corrélation entre les anomalies observées au niveau C5-C6 et les scapulalgies bilatérales continues. Il a admis que les troubles dégénératifs pouvaient occasionner des cervicalgies et constituer une épine

irritative mais qu'ils ne sauraient expliquer un tableau d'une telle envergure et d'une telle intensité, raison pour laquelle il a évoqué l'intervention de facteurs non-lésionnels. Dans son rapport de sortie du 5 décembre 2005, le Dr P\_\_\_\_\_, chef du service de réadaptation neurologique, a diagnostiqué un status après distorsion cervicale, des cervico-scapulalgies bilatérales, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F. 43.21) ainsi que des co-morbidités, notamment des troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie cervicale C5-C6 calcifiée. Il a exposé que la répétition de divers examens radiologiques avait mis en évidence un canal cervical étroit en C4-C5 et C5-C6 sans anomalie de signal médullaire, une petite protrusion discale postérieure médiane en C4-C5 faisant empreinte sur la moelle, enfin, la présence d'une hernie discale en C5-C6. Il a précisé que le patient se plaignait de vertiges, présents depuis cinq à six mois, lors de la marche ainsi que la descente des escaliers, et qu'un test au posturographe avait montré une désorganisation sensorielle importante sans atteinte périphérique précise. Il a conclu à l'existence de cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale associés à une hernie discale C5-C6 qui pourrait expliquer les brachialgies à droite. Il a admis une incapacité de travail totale du 19 octobre au 15 décembre 2005 en précisant qu'une réévaluation devait être effectuée, tout en sachant qu'une reprise dans l'ancien travail de jardinier était peu probable.

6. Le 16 décembre 2005, l'assuré a présenté une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, de mesures médicales de réadaptation professionnelle et d'une rente d'invalidité.
7. Le 16 janvier 2006, l'employeur a indiqué que l'assuré gagnerait, en 2006, 24 fr. 70 de l'heure à raison de 42 heures et demi par semaine, plus un treizième salaire.
8. Dans un rapport du 14 février 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un status post distorsion cervicale présent depuis le 10 février 2005, des cervico-scapulalgies bilatérales, des troubles dégénératifs cervicaux avec hernie discale calcifiée C5-C6, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive présent depuis le 10 février 2005, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, notamment un status post tuberculose avec lobectomie supérieure droite en 1978, une amblyopie de l'oeil droit avec strabisme divergent et une hypertension artérielle traitée. Il a indiqué qu'il avait constaté une raideur cervicale avec mobilité rachidienne cervicale très restreinte, des contractures musculaires paracervicales diffuses et une légère hypoesthésie C6. Il a déconseillé une option chirurgicale en raison des risques iatrogènes et a émis un pronostic négatif. Dans l'annexe au rapport médical, il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement de 100 % mais qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité sans effort physique et sans position statique telle qu'un gardiennage, à raison de quatre heures par jour et avec une diminution de rendement prévisible de 20 à 30 %.

9. Le 13 septembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a confié un mandat d'expertise au Dr Q\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a eu lieu le 22 novembre 2006. Dans son rapport du 23 novembre 2006, l'expert a diagnostiqué des cervico-brachio-scapulo-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome douloureux persistant, des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et une hernie discale C5-C6, une hypertension artérielle, un status après lobectomie supérieure droite pour tuberculose en 1978, une amblyopie et un strabisme divergent de l'oeil droit. Il a constaté qu'au-delà d'éléments discodégénératifs bien réels prédominant en C5-C6 et bien qu'il ressortait une certaine discordance compte tenu d'une hernie discale gauche alors que les plaintes de l'assuré intéressaient essentiellement le membre supérieur droit, ni l'examen clinique actuel, ni les éléments radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement. Il a estimé que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité d'aide-jardinier et qu'elle était entière dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kilos et les mouvements répétitifs de la nuque.
10. Par projet de décision du 11 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande de rente et de reclassement professionnel au motif que l'incapacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée et que la comparaison des revenus démontrait un degré d'invalidité de 16.9 %. Il a précisé que, sur demande écrite et motivée, une orientation professionnelle et un soutien pour les recherches d'emploi pourraient être examinés par son service de placement.
11. Dans ses observations du 15 février 2007 l'assuré a considéré comme inconcevable qu'il puisse présenter une capacité de travail de 100 % dans un emploi adapté dès lors qu'une telle conclusion allait à l'encontre des avis médicaux. Il a relevé que plusieurs médecins avaient suspecté l'existence de troubles d'ordre psychique sous forme de fibromyalgie de sorte qu'il lui semblait opportun d'effectuer une expertise médicale complémentaire. Il a indiqué qu'il était suivi depuis plusieurs semaines par le Dr R\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, à raison d'une consultation hebdomadaire. En outre, il a contesté le calcul du degré d'invalidité plus particulièrement le revenu avec invalidité déterminé sur la base statistique et l'abattement de 15 %.
12. Par décision du 13 mars 2007, l'OCAI a confirmé sa position. Il a précisé que le diagnostic de fibromyalgie n'avait été ni relevé, ni retenu par son service médical et que, selon la jurisprudence, une telle maladie n'était pas invalidante si elle n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique. Il a ajouté qu'il ne suffisait pas d'établir une liste exhaustive des diagnostics médicaux pour en déduire une incapacité de travail et a souligné qu'il n'y avait aucun élément médical attestant une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques.

13. Par écriture du 30 avril 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, principalement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et décision au sens des considérants, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures médicales et professionnelles de réadaptation. Il a reproché à l'intimé d'avoir statué sur la base d'un dossier médical incomplet, notamment les avis médicaux incomplets de la Clinique romande de réadaptation, et de s'être exclusivement basé sur les conclusions de l'expertise en faisant abstraction des avis des Drs L\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ considérant comme illusoire d'envisager la reprise de l'activité antérieure de jardinier. Il a relevé que l'ensemble des médecins avaient admis la présence d'affections non lésionnelles, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant, une possible fibromyalgie et un état dépressif sévère, mais que l'intimé avait refusé d'ordonner une expertise psychiatrique alors que ces affections étaient confirmées par le Dr R\_\_\_\_\_ de sorte que la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique s'imposait. Il a estimé que les activités simples et répétitives de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) étaient relativement pénibles du point de vue physique et peu compatibles avec les affections qu'il présentait de sorte qu'il devait être déclaré invalide à 100 %. Il a allégué que son âge, son absence de formation, sa méconnaissance du français ainsi que l'exercice d'une seule et même profession durant sa vie devaient entraîner un abattement de 25 % sur le revenu d'invalide. Il a considéré que, s'il devait être déclaré capable de travailler, il appartenait à l'intimé de lui accorder un soutien médical sous forme de mesures médicales utiles et de mesures d'orientation professionnelle, d'aide au placement et de réadaptation professionnelle.
14. Dans sa réponse du 12 juin 2007, l'intimé a conclu au rejet de recours. Il a contesté n'avoir pas investigué le plan psychiatrique dès lors que le Dr M\_\_\_\_\_ avait conclu à un trouble de l'adaptation, lequel n'était pas invalidant. Sur la base de l'avis médical du 5 juin 2007 rédigé par le Dr T\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR), qu'il a produit dans la procédure, il a considéré que le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ n'était pas probant dès lors que les critères d'un épisode dépressif sévère (F 32.2) n'étaient pas réunis au sens de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième révision (ci-après : ICD 10) et que les symptômes mentionnés correspondaient tout au plus à un épisode dépressif moyen. Il a rappelé que le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse ainsi que dépressive avait été posé par le Dr M\_\_\_\_\_ et qu'il s'agissait de symptômes anxio-dépressifs réactionnels d'une durée insuffisante pour justifier une invalidité. Il a précisé que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait pas été retenu par le Dr M\_\_\_\_\_ et qu'il ne constituait pas une maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité en l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative et d'une altération grave de

l'environnement psychosocial. Au sujet de l'évaluation de l'invalidité, il a expliqué avoir retenu un abattement de 15 % pour tenir compte des années de service ainsi que des limitations fonctionnelles du recourant et qu'une réduction supplémentaire ne se justifiait pas dans la mesure où le recourant était de nationalité suisse, qu'il résidait à Genève depuis de nombreuses années et qu'il était apte à travailler à plein temps. Il a rappelé que, selon sa décision, il était disposé à mettre le recourant au bénéfice de mesures professionnelles d'aide au placement s'il estimait pouvoir reprendre une activité professionnelle adaptée et qu'il démontrait une motivation suffisante.

15. Dans sa réplique du 6 juillet 2007, le recourant a confirmé ses conclusions. Il s'est interrogé sur les conditions dans lesquelles l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ avait été exécutée dans la mesure où le dossier transmis à l'expert était incomplet. Au sujet du volet psychiatrique, il a estimé qu'une expertise psychiatrique aurait dû être réalisée afin de déterminer les incidences de ces affections sur sa capacité de travail eu égard au rôle important que paraissaient jouer les affections psychiques sur sa capacité de travail. Il a contesté la force probante de l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ au motif qu'il était le seul le médecin à avoir admis une capacité de travail de 50 % dans l'activité de jardinier et qu'il avait conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée tout en émettant un pronostic défavorable en raison de l'importance de la symptomatologie douloureuse dans un contexte de syndrome douloureux cliniquement floride. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu au motif qu'il avait eu beaucoup de peine à comprendre les questions de l'expert et à se faire comprendre ce qui avait pour conséquence que ladite expertise ne reflétait pas la réalité ainsi que la complexité de son cas et qu'elle avait été réalisée de manière arbitraire. Il a contesté la valeur probante de l'avis du Dr T\_\_\_\_\_ et a relevé que le certificat du Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas été produit en tant qu'expertise médicale mais pour établir qu'il souffrait d'affections psychiques. Il a également contesté la valeur d'expertise du consilium psychiatrique réalisé par le Dr M\_\_\_\_\_ en 2005 et a relevé que ce médecin avait également retenu des symptômes dépressifs réactionnels qui duraient depuis plus de deux ans de sorte qu'ils étaient suffisants pour justifier une invalidité. Il a reproché à l'intimé d'avoir une position contradictoire en justifiant un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité par sa bonne intégration en Suisse tout en faisant état de troubles de l'adaptation dans la détermination de sa capacité de travail.
16. Le 19 juillet 2007, le recourant a produit dans la procédure un certificat du Dr R\_\_\_\_\_ du même jour faisant état d'une hospitalisation à la Clinique psychiatrique Belle-Idée en raison d'un état dépressif sévère et trouble du comportement avec agressivité chez une personnalité borderline.
17. Dans sa duplique du 14 août 2007, l'intimé a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes. Il a estimé que les considérations n'étaient pas

---

susceptibles de modifier son appréciation et n'appelaient aucun commentaire supplémentaire.

18. Le 19 septembre 2007, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr R\_\_\_\_\_ qui a déclaré que le recourant était venu le consulter de lui-même et qu'il avait pu poser le diagnostic d'état dépressif sévère avec symptôme psychotique. Il a ajouté qu'il souffrait également d'un trouble de l'adaptation, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité. Il a exposé que le recourant présentait des signes anxio-dépressifs, qu'il se plaignait de perturbations du sommeil, de sentiment de désespoir, d'incapacité à faire face aux responsabilités habituelles et qu'il avait remarqué parfois des larmes. Il a indiqué que, plusieurs semaines après les premières consultations, il avait constaté la présence de troubles psychotiques sous forme d'un délire de type persécutoire, puis qu'en avril 2007, le patient avait menacé verbalement plusieurs personnes et même le psychiatre qui l'avait expertisé. Il a souligné que l'aggravation de son état avait nécessité une hospitalisation à la Clinique Belle-Idée où il était soigné depuis maintenant plus de deux mois apparemment sans évolution favorable. Il a expliqué que le diagnostic de trouble de l'adaptation signifiait que le patient ne parvenait pas à s'adapter aux normes sociales suisses depuis toujours et que, de son point de vue, il présentait ce trouble depuis longtemps mais que l'état psychique avait été aggravé par l'accident. Il a estimé que son état dépressif était sévère et que son trouble mixte de la personnalité, se manifestant par le fait qu'il était irresponsable par rapport aux normes sociales tant en Suisse que dans son pays, l'empêchait d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a précisé qu'il présentait un faible seuil de tolérance avec des décharges d'agressivité faciles. Il a considéré que ce trouble devait exister depuis longtemps et qu'il n'avait cependant pas eu d'incidence sur son activité professionnelle, puis qu'il s'était aggravé depuis l'accident. Il a relevé que le trouble dépressif sévère, qui s'était très probablement développé après l'accident en raison également des répercussions entraînées par celui-ci, était au premier plan et que l'état psychique s'était aggravé progressivement après l'accident au point d'atteindre un degré sévère, vraisemblablement quelques mois avant la première consultation, voire plus.
19. Lors de la comparution personnelle qui s'en est suivie, l'intimé a demandé à obtenir le rapport d'hospitalisation de la Clinique Belle-Idée et l'expertise psychiatrique réalisée pour l'assurance perte de gain. Sur ce, le Tribunal a fixé un délai au recourant pour produire les documents médicaux requis et a réservé la suite de la procédure.
20. Dans son écriture du 31 octobre 2007, le recourant a produit le rapport d'expertise du 14 mai 2007 établi par le Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ainsi que le rapport du 24 octobre 2007 du Dr V\_\_\_\_\_, chef de clinique à Belle-Idée. Il a allégué que l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ devait être relativisée en raison de l'aggravation de son état de santé. Il a précisé que l'hospitalisation à la Clinique Belle-Idée venait de prendre fin et que les médecins avaient diagnostiqué un état

dépressif sévère en ajoutant qu'il n'était pas exclu que l'accident ait pu laisser des séquelles non détectables.

21. Dans son rapport d'expertise du 14 mai 2007, le Dr U\_\_\_\_\_ a considéré que la symptomatologie psychiatrique était actuellement d'une importance mineure puisqu'il n'avait retrouvé aucun critère majeur permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif, mais seulement un critère mineur de trouble du sommeil. Il a exposé que la symptomatologie était aggravée par un conflit conjugal qui était un obstacle à une guérison et à une évolution positive. Il a expliqué que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) posé initialement ne pouvait plus être retenu selon l'ICD-10 après un délai de deux ans et que le diagnostic d'état de stress post-traumatique lié à l'accident avait été révoqué. Il a diagnostiqué une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) et a conclu à l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique au motif que la symptomatologie dépressive mineure n'était pas suffisamment importante pour être qualifiée d'incapacitante. Il a précisé que l'expertisé était apte à exercer une autre activité que celle d'aide jardinier à 100 %, sans diminution de rendement et au rythme de huit heures par jour.
22. Dans un rapport du 24 octobre 2007, le Dr V\_\_\_\_\_ a précisé que le patient avait été hospitalisé à la Clinique Belle-Idée sur un mode volontaire du 19 juillet au 17 octobre 2007 en raison d'une symptomatologie dépressive avec des troubles du comportement et risque hétéroagressif. Il a expliqué qu'une IRM cervicale de contrôle avait confirmé la présence d'une hernie cervicale C5-C6, une discopathie dégénérative étagée ainsi qu'un canal cervical étroit. Il a constaté, au fur et à mesure des différents entretiens avec le patient, la présence de nombreux symptômes d'un état dépressif et d'une forte irritabilité avec des accès impulsifs de violence difficilement contrôlables envers d'autres patients. Il a diagnostiqué un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques entraînant une exacerbation des plaintes douloureuses du patient. Il a ajouté que même si l'IRM de contrôle n'avait pas permis d'objectiver de lésions frontales, il n'était pas exclu que l'accident ait provoqué des séquelles non détectables.
23. Dans son écriture du 13 novembre 2007, l'intimé a soutenu que l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, qui remplissait toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante, confirmait son appréciation basée sur les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_. Il a considéré que l'hospitalisation volontaire de 2007 constituait un fait nouveau et n'était dès lors pas de nature à influencer son appréciation bien qu'il pouvait éventuellement faire l'objet d'une demande de révision de la part du recourant.
24. Le 16 novembre 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a informé les parties que la cause était 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'article 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc applicables.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 13 mars 2007 a été reçue par le recourant le 16 mars 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception (art. 38 al. 1 LPGA). Or, les délais sont suspendus du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 89C let. a LPA et 38 al. 4 let. a LPGA), soit, en 2007, du 1<sup>er</sup> au 15 avril de sorte que le recours déposé le 30 avril 2007 a été formé en temps utile le dernier jour du délai de recours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur le degré de son invalidité, ainsi qu'à des mesures médicales et professionnelles.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

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 références citées). 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 351 consid. 3).

Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb).

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).

7. Le recourant allègue que l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante au motif qu'elle est contradictoire, qu'elle repose sur un dossier incomplet et qu'elle a été réalisée sans interprète en violation de son droit d'être entendu. Il dénie également une valeur probante au consilium psychiatrique du Dr M\_\_\_\_\_. Pour sa part, l'intimé considère, sur la base de l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ et des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ qui ont pleine valeur probante à ses yeux, que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée, alors que le rapport de la Clinique Belle-Idée constitue un fait nouveau qui n'est pas de nature à influencer la présente procédure.

Contrairement à ce que prétend le recourant, le droit d'être entendu n'implique pas le droit d'être assisté par un interprète dans le cadre d'une expertise médicale car une telle mesure d'instruction ne concerne pas la participation de l'assuré à la procédure, au sens de la coopération, mais l'établissement des faits importants d'une manière exacte et complète. On ne saurait donc rien déduire directement – en ce qui concerne l'exécution de mesures médicales d'instruction du point de vue linguistique – du droit constitutionnel d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) et de sa concrétisation pour la procédure d'instruction devant les offices AI cantonaux (art. 42 et 52 LPGA). Ce qui est décisif dans la question de savoir si et sous quelle forme on doit tenir compte, lors d'instructions médicales, de l'aspect de la langue ou de la compréhension linguistique, c'est finalement l'importance de la mesure au regard de la prestation en question. Si l'assuré demande qu'une expertise psychiatrique nécessaire soit effectuée dans sa langue maternelle ou avec le concours d'un traducteur, l'administration, après une demande de précisions à l'expert, doit se prononcer à ce sujet. Si, inversement, une expertise est effectuée sans interprète, l'absence éventuelle d'une demande de la part de la personne assurée ne s'oppose

pas à une nouvelle anamnèse dans sa langue maternelle ou avec le concours d'un interprète (VSI/3 2004 p. 144 ss consid. 4.2.1 et 4.2.2).

En l'espèce, les connaissances linguistiques du recourant n'ont pas été passées sous silence par l'expert qui a précisé, dans son rapport du 23 novembre 2006, que l'assuré parlait mal le français, mais le comprenait pour autant qu'on s'exprimât dans un langage simple voire imagé. De ces précisions, on peut certes déduire que le niveau de français de l'assuré a rendu l'entretien personnel plus difficile. L'expert ne mentionne cependant aucun élément donnant à penser que son évaluation a été lacunaire en raison de problèmes de communication. Il n'a d'ailleurs pas estimé nécessaire d'être assisté d'un interprète. On peut encore ajouter que les informations anamnestiques contenues dans son rapport d'expertise sont circonstanciées ce qui démontre qu'un dialogue a véritablement eu lieu entre lui-même et l'assuré et qui ressort également de la précision que l'entretien s'est déroulé de façon conviviale. De plus, dans le cadre d'une expertise rhumatologique, l'examen clinique est fondamental de sorte que les problèmes de communication entre l'expert et l'assuré sont nettement moins importants que pour une expertise psychiatrique qui est basée essentiellement sur un entretien, car ils sont pondérés par les constatations de l'expert. On ne saurait dès lors écarter l'appréciation du Dr Q\_\_\_\_\_ pour le motif soulevé par le recourant d'autant plus que ce dernier se borne à alléguer que l'expertise ne reflète pas la réalité sans préciser quels éléments l'expert aurait omis de mentionner ou appréciés de façon erronée. On peut d'ailleurs s'étonner que le recourant soit resté muet sur ce point durant toute la procédure administrative d'instruction alors qu'il était représenté par un avocat et qu'il ne s'en soit plaint pour la première fois que dans sa deuxième écriture devant le Tribunal de céans. Pour les raisons qu'on vient de mentionner, la question de la tardiveté du grief peut cependant demeurer ouverte.

Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2006, après avoir procédé à une anamnèse familiale, personnelle, actuelle, systématique et socio-professionnelle, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rapporté les plaintes de l'assuré, à savoir des douleurs cervicales et paracervicales constantes se prolongeant au trapèze, aux épaules, à l'ensemble du membre supérieur droit, le long du dos, à la face postéro-externe de la cuisse droite jusqu'au genou, accompagnées d'une faiblesse globale et de paresthésies ressenties comme des fourmillements aussi bien dans le bras que dans le membre inférieur droit. Lors de son examen, l'expert a constaté la présence de nombreux signes de non-organicité de la douleur selon Waddell tels qu'exagération de la réponse verbale, projection non-anatomique de la douleur, distance doigts-sol de 60 cm alors que la distance doigts-orteil assis sur la table d'examen était de 15 cm, etc. Il a également noté la présence de six points sur 18 de fibromyalgie. Il a diagnostiqué des cervico-brachio-scapulo-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome douloureux persistant, des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et une hernie discale C5-C6, une hypertension artérielle, un status après lobectomie supérieure droite pour tuberculose en 1978, une amblyopie et un

strabisme divergent de l'oeil droit. Il a précisé que les examens para-clinique ont révélé la présence de troubles disco-dégénératifs pluri-étagés de C5 à C7 compatibles avec son âge et surtout une hernie discale gauche en C5-C6 actuellement sans syndrome irritatif ou neuro-déficitaire reproductible qui ne permettaient toutefois pas d'expliquer les plaintes du recourant intéressant le membre supérieur droit. Il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'aide-jardinier et de 100 % dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kilos et les mouvements répétitifs de la nuque.

Comme le relève le recourant, le Dr Q\_\_\_\_\_ est le seul médecin qui atteste une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'aide-jardinier qui, au regard des troubles dégénératifs pluri-étagés de C5 à C7 ainsi que de la hernie discale C5-C6 semble peu plausible et, en tout cas, nécessitait une explication permettant de comprendre cette conclusion. Toutefois, même si on ne saurait suivre l'appréciation de l'expert sur ce point, cela n'enlève pas pour autant une pleine valeur probante à son rapport d'expertise dans la mesure où la question déterminante n'est pas la capacité de travail dans l'ancienne activité, mais la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée. En effet, le Dr Q\_\_\_\_\_ a établi son rapport au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se basant sur les radiographies et les appréciations médicales y figurant. Il a même fait procéder à des radiographies complémentaires de la colonne vertébrale qui n'ont pas révélé de troubles dégénératifs manifestes. De plus, les explications qu'il a données sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation du recourant. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, il indique que, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant est entière. Contrairement à ce qu'allègue ce dernier, le pronostic réservé retenu par l'expert, en raison principalement de l'importance de la symptomatologie douloureuse dans un contexte de syndrome douloureux cliniquement floride, ne contredit pas son appréciation d'une capacité de travail entière reposant uniquement sur des constatations objectives (examen clinique, signes radiologiques, etc.). En effet, ledit pronostic ne fait qu'évaluer l'évolution prévisible de la capacité de travail sur la base d'éléments subjectifs qui n'ont pas leur place dans l'appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

L'allégué du recourant selon lequel l'expert aurait statué sur la base d'un dossier incomplet n'est pas vérifié dans les faits. Même si l'intimé n'a transmis au recourant que le recto du rapport de la Clinique romande de réadaptation, rien ne permet de déduire de cette circonstance qu'il en aurait fait de même avec l'expert car ledit rapport est répertorié dans sa version intégrale dans le dossier de l'OCAI ce qui tend à démontrer que le recourant en a reçu par erreur une version lacunaire. De plus, le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ reproduit de façon circonstanciée les examens

et appréciations des divers médecins qui se sont prononcés durant le séjour dans cette clinique ce qui infirme l'hypothèse du recourant et confirme que son appréciation repose sur un dossier complet.

Enfin, c'est à tort que le recourant soutient que l'expert n'a pas tenu compte des nombreuses affections physiques dont il souffre. Au contraire, dans son rapport, l'expert les a énumérées dans la rubrique « diagnostic » à l'exception de l'hypertension artérielle qui, de toute façon n'est pas invalidante puisqu'elle est stabilisée. De plus, il a expliqué que la hernie discale ne produisait pas de syndrome irritatif ou neuro-déficitaire reproductible. Au sujet des affections non vertébrales, il n'a pas retenu leur effet incapacitant, à juste titre, dès lors que, dans son rapport du 14 février 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ les a mentionnées comme n'ayant par de répercussion sur la capacité de travail.

Dans son rapport du 14 février 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ retient pour l'essentiel les mêmes diagnostics que le Dr Q\_\_\_\_\_ et mentionne en plus un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. C'est à juste titre que l'expert n'a pas diagnostiqué de troubles psychiques dans son rapport d'expertise car un tel diagnostic ne peut être posé que par un psychiatre et non pas par un rhumatologue. Le Dr L\_\_\_\_\_ indique qu'on peut exiger du patient l'exercice d'une autre activité à mi-temps du type gardiennage avec une diminution de rendement de 20 à 30 %. Il n'explique pas pourquoi il n'admet qu'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et pourquoi, dans un tel cadre, il retient une diminution de rendement de sorte que ses conclusions sont insuffisamment motivées. De plus, bien qu'il était au courant du rapport de sortie de la Clinique romande de réadaptation du 5 décembre 2005 exposant que les troubles dégénératifs du recourant ne sauraient expliquer ni l'envergure, ni l'intensité de ses plaintes, et considérant comme fort probable l'existence de facteurs non lésionnels, il ne précise pas dans quelle mesure les plaintes du recourant sont corroborées par ses constatations objectives. Ce faisant, il relate surtout la manière dont le patient assume et ressent lui-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2) et on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATFA non publié du 7 mars 2007, I 113/06, consid. 4.4). Par conséquent, faute de

motivation suffisante, son rapport n'est pas susceptible de faire douter du bien-fondé des conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_.

Quant au rapport de sortie susmentionné, signé du Dr P\_\_\_\_\_, il ne permet pas davantage de contester les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ dès lors qu'il pose l'hypothèse - non confirmée par la suite - que la hernie discale pourrait expliquer les brachialgies droites. De plus, il retient une incapacité de travail totale limitée au 15 décembre 2005 sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée en précisant qu'une reprise de travail dans l'ancienne activité d'aide-jardinier est peu probable. Cette précision ne contredit pas les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ qui retient une capacité de travail entière dans une activité professionnelle légère, excluant le port de charges au-delà de 15 kg et les mouvements répétitifs de la nuque. Pour sa part, le Dr S\_\_\_\_\_, rhumatologue, dans son rapport du 6 février 2007 rédigé à l'attention du mandataire du recourant, estime illusoire d'envisager une reprise du travail dans une activité manuelle lourde. Son rapport ne contredit pas davantage les conclusions de l'expert puisqu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée.

8. Dans un deuxième grief, le recourant reproche à l'intimé d'avoir pris sa décision sans avoir procédé à une expertise psychiatrique ainsi que d'avoir constaté les faits de manière inexacte et incomplète, eu égard à l'intervention de facteurs non lésionnels relevée par l'ensemble des médecins permettant de suspecter un syndrome douloureux somatoforme persistant, une fibromyalgie et un état dépressif sévère.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été vérifié puisque, dans son expertise, le Dr Q\_\_\_\_\_ a constaté la présence de six points douloureux sur 18 ce qui est insuffisant pour poser un tel diagnostic.

Pour sa part, dans son consilium psychiatrique du 24 octobre 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'une thymie globalement abaissée (en particulier par une estime de soi diminuée) mais se modulant relativement bien durant l'entretien, d'une irritabilité avec forte impulsivité et de troubles du sommeil exacerbés par des ruminations vespérales. En revanche, il n'a pas mis en évidence d'éléments pour un trouble anxieux spécifique, pour un trouble psychotique ou pour un trouble de la personnalité avéré. Il a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F 43.21) sans évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ni même suspecter l'existence d'un tel trouble. Il ne s'est pas prononcé sur la question de l'incapacité de travail en relation avec le trouble de l'adaptation diagnostiqué. Quant au Dr L\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 février 2006, il a également repris ce diagnostic.

Les rapports médicaux précités mettent en évidence une symptomatologie où aussi bien des troubles psychiques que somatiques semblent exercer une influence sur la capacité de travail et de gain du recourant de sorte que, conformément au principe

---

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), avant de rendre sa décision, l'intimé était tenu d'ordonner une instruction complémentaire afin de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En omettant de procéder à une instruction sur le plan psychiatrique, l'intimé a violé le principe de l'instruction d'office. Toutefois, cette violation est réparée par la production du rapport d'expertise psychiatrique du Dr U\_\_\_\_\_ du 14 mai 2007 qui permet au Tribunal de céans de disposer des éléments médicaux nécessaires pour apprécier la question de l'incapacité de travail en relation avec les troubles psychiques.

9. 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, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, 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 ici 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).

Dans son rapport d'expertise du 14 mai 2007, le Dr U\_\_\_\_\_ n'a pas noté de signes de la lignée psychotique, ni d'atteintes cognitives, ni de troubles de la personnalité. En revanche, il a constaté la présence d'une anxiété mineure et de troubles du sommeil. Il a précisé que ces derniers troubles constituaient un critère mineur qui ne suffisait pas à lui seul pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif sévère ou moyen. Il a diagnostiqué une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) et a conclu à l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique au motif que la symptomatologie dépressive mineure n'était pas suffisamment importante pour être qualifiée d'incapacitante. Il a motivé ses conclusions en expliquant que l'expertisé présentait une

symptomatologie dépressive mineure liée à son acculturation et à sa mésentente conjugale, que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée initialement diagnostiqué n'était plus un diagnostic retenu par l'ICD-10 lorsqu'il persistait au-delà de deux ans et que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été révoqué. Il a relevé l'existence d'une majoration des plaintes au motif notamment que le recourant se plaignait d'un essoufflement ainsi que de difficultés à lever une tasse en raison de ses brachialgies alors même qu'il arrivait à produire l'effort de quitter son domicile après une dispute conjugale et qu'il ne manifestait aucune physionomie algique pendant la totalité de l'entretien bien qu'il ait exécuté des gestes plus importants que le lever d'une tasse qui était pour sa part douloureux. Ce rapport d'expertise se base, d'une part, sur une anamnèse personnelle, socioprofessionnelle et médicale, d'autre part, sur des tests psychologiques, un entretien avec le recourant ainsi que sur les plaintes qu'il a exprimées. A ce sujet, l'expert a indiqué que le recourant se plaignait surtout de nervosité et d'irritabilité ainsi que de douleurs partout aux épaules irradiant jusqu'au pied droit, d'un essoufflement lors d'efforts et d'une perte de vision à gauche. En conséquence, le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. L'expert a exposé qu'il n'avait pas diagnostiqué un épisode dépressif au sens de l'ICD-10, car il n'avait pas constaté la présence de deux des trois critères majeurs nécessaires. Il n'a pas davantage retenu de somatisation au motif que les plaintes somatiques n'étaient pas multiples mais circonscrites à des nuchalgies ainsi qu'à des irradiations douloureuses dans le membre inférieur droit et qu'elles pouvaient être expliquées par un trouble somatique éventuellement identifiable. Il n'a pas non plus posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans, toutefois, motiver sa position. Cependant, il a examiné les divers éléments permettant à l'administration et au juge d'apprécier le caractère invalidant dudit trouble. En conséquence, il a décrit la situation médicale et a clairement motivé son appréciation. L'expert s'est également exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail et sur la capacité de travail exigible.

Dans son rapport du 7 avril 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ a exposé que l'importante cervico-brachio-dorso-lombalgie chronique, accompagnée d'une faiblesse globale ainsi que d'une diminution de la force, s'était aggravée depuis environ une année et que le patient avait commencé à présenter des symptomatologies anxio-dépressives. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a fait état d'une évolution défavorable et a admis une incapacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique. Puis, lors de son audition du 19 septembre 2007 par le Tribunal de céans, le Dr R\_\_\_\_\_ a précisé que le patient présentait des signes anxio-dépressifs tels que l'humeur déprimée, une perte du plaisir, une diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une perte de confiance et de l'estime de soi, des altérations de la capacité à penser et à se concentrer. Il a expliqué que la

constellation des symptômes présentés par le patient lui avait permis de qualifier l'état dépressif de sévère au motif qu'il était incapable de poursuivre ses activités sociales et professionnelles. Il a ajouté que, plusieurs semaines après les premières consultations, il avait constaté la présence de troubles psychotiques sous forme d'un délire de type persécutoire, puis que, le 18 avril 2007, il lui avait prescrit un neuroleptique car il était hétéro-agressif. L'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_ est insuffisamment motivée pour qu'une valeur probante puisse lui être reconnue. En effet, il n'explique pas pourquoi le syndrome douloureux somatoforme ne pourrait pas être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible alors que, selon la jurisprudence, d'une part, les troubles somatoformes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA), d'autre part, il existe une présomption qu'un trouble somatoforme douloureux ou toute autre atteinte dont les manifestations cliniques sont similaires et pour laquelle il n'existe pas de pathogenèse claire ainsi que fiable peut être surmonté avec un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 50). De plus, il s'est borné à indiquer que de nombreux symptômes de la dépression étaient présents et à les énumérer, sans préciser pourquoi il a considéré qu'ils étaient présents. Etant donné que son appréciation ne fait pas état de tests psychométriques au contraire du Dr U\_\_\_\_\_ qui s'est basé sur l'échelle de Hamilton, elle ne repose pas pour l'essentiel sur des éléments objectifs, mais sur les seules plaintes qui ne sauraient suffire pour justifier une invalidité, entière ou partielle compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353).

Il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction au sujet de l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant car, de toute façon, dans le cas du recourant, une telle affection n'a pas de caractère invalidant au sens de la LAI. En effet, bien que les critères de l'existence d'affections corporelles chroniques et de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) sont remplis étant donné que le recourant souffre de cervico-brachialgies depuis février 2005 et que, selon les médecins, il présente une longue évolution de douleurs, en revanche, il n'est pas possible de retenir l'existence d'une comorbidité psychique importante puisqu'elle a été niée par le Dr U\_\_\_\_\_, ni l'échec des traitements ainsi que l'existence d'un état psychique cristallisé, au vu de la modification du traitement à base d'antidépresseurs. De plus la vie sociale du recourant est conservée avec sa famille proche et éloignée alors que la baisse d'intégration sociale avec ses compatriotes due à la difficulté de supporter le bruit de leurs conversations n'est pas suffisamment importante pour retenir une telle perte d'intégration dans tous les domaines de la vie. Au vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par le recourant ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail de sorte qu'il y a

lieu de nier la présence de circonstances exceptionnelles de nature à priver l'assuré des ressources requises pour fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible pour surmonter ses douleurs (ATF 130 V 353 consid. 2.2.3 et les références).

Par conséquent, des différents documents figurant au dossier, l'intimé pouvait ainsi conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références), qu'aucune atteinte à la santé ne justifiait une incapacité de travail à charge de l'assurance-invalidité (cf. ATFA non publié du 2 novembre 2005, I 206/05, consid. 3.4).

Le recourant ne conteste pas, à proprement parler, la valeur probante des conclusions du Dr U\_\_\_\_\_, mais considère que son expertise est dépassée au regard de l'aggravation de son état de santé qui a nécessité une hospitalisation à la Clinique Belle-Ideé du 19 juillet au 17 octobre 2007, au sujet de laquelle le Dr V\_\_\_\_\_ s'est prononcé dans son rapport du 24 octobre 2007. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4).

En l'espèce, dans le cadre de la présente procédure, il n'est pas possible de prendre en considération le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ dès lors qu'il est postérieur à la décision entreprise du 13 mars 2007 et qu'il invoque une aggravation de l'état de santé du recourant apparue progressivement ce qui ne permet pas de dater la prétendue aggravation et donc de déterminer si cette dernière porte sur la situation antérieure ou postérieure à la décision litigieuse. Le recourant a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, s'il établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b).

En définitive, au vu des divers rapports médicaux ayant une valeur probante, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à son handicap de sorte qu'il reste à déterminer quel est le degré de son invalidité.

10. 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 (art. 16 LPGA). 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). 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 222 et 128 V 174).

En règle générale, le revenu hypothétique 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, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

11. En l'espèce, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2006 puisque l'incapacité de travail est attestée depuis le 10 février 2005 et que la demande de prestations date du 16 décembre 2005.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 16 janvier 2006, le salaire du recourant aurait été en 2006 de 24 fr. 70 par heure sans atteinte à la santé. A raison de 42 heures et demi par semaines (2210 heures par année), ce salaire s'élève à 54'587 fr. plus un treizième salaire de 4'549 fr. (54'587 : 12), soit un revenu sans invalidité de 59'136 fr. ainsi que l'a correctement calculé l'intimé.

Contrairement à ce que prétend le recourant, il n'y a pas lieu de tenir compte de sa situation concrète sur le marché du travail pour fixer son revenu sans invalidité. En effet, même en considérant que le recourant touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et en fixant le revenu sans invalidité selon les données EES pour travailleurs non qualifiés du secteur de l'horticulture, son revenu serait bien inférieur à celui qui aurait obtenu chez X\_\_\_\_\_ SA (cf. ATFA non publié du 3 octobre 2007, I 931/06, consid. 5.3). Selon l'ESS, un tel salaire était de 3'413 fr. en 2006 pour 40 heures de travail (ESS 2006, TA1, horticulture, niveau de qualification 4), soit de 40'956 fr. par année et, converti en horaire de 42.9 heures (OFS, durée normale de travail dans les entreprises, horticulture), il ascendait à 43'925 fr. 30 (40'956 x 42.9 : 40).

Pour ce qui est du revenu d'invalidité, le recourant n'ayant repris aucune activité lucrative, il convient de se référer aux données de l'ESS. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger et favorisant l'alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Il s'élève en 2006 à 56'784 fr. (4'732 x 12) part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Ce secteur offre un large éventail d'activités ainsi qu'un nombre significatif d'activités légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et donc adaptées à son handicap (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3; ATFA non publiés du 16 juillet 2004, I 719/03, consid. 4.2 et du 10 avril 2006, U 12/05, consid. 5). Par ailleurs, ces activités ne nécessitent aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale (cf. ATFA non publié du 27 décembre 2005, I 727/05, consid. 3.2). De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit être adapté à l'horaire de travail en 2006 qui est de 41.7 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises) soit à 59'197 fr. 30 (56'784 x 41.7 : 40).

Etant donné que le recourant ne peut exercer qu'une activité légère qui est moins bien rémunérée qu'un travail avec port de charges, que sa scolarité semble avoir été limitée à l'école primaire, qu'à la date de la décision il travaillait depuis 10 ans chez le même employeur et qu'il souffre de limitations fonctionnelles excluant les mouvements répétitifs de la nuque, il ne pourrait obtenir qu'un salaire moins élevé que le salaire statistique (ATFA non publiés du 10 mai 2002, I 481/01, consid. 4c et du 2 décembre 2002, I 500/02, consid. 1.4.1.). Contrairement à ce que prétend le recourant, étant bi-national suisse et turque, âgé de 52 ans au moment de la décision litigieuse, il ne présente aucune limitation liée à l'âge et à la nationalité (cf. ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 807/02, consid. 2.4). De plus, la mauvaise maîtrise du français ainsi qu'un manque de formation ne font pas partie des circonstances à prendre en considération pour apprécier le taux de l'abattement et ne constituent pas des circonstances supplémentaires susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2c p. 21, ATFA non publiés I

---

377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246 et I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2). Au demeurant, dans des circonstances personnelles et professionnelles similaires, la jurisprudence ne retient pas un abattement supérieur à 15 % (cf. ATFA non publié du 30 septembre 2005, I 25/05, consid. 3 et 4.2).

Par conséquent, il y a lieu de procéder à un abattement de 15 % en raison des limitations fonctionnelles, de l'ancienneté de service, de l'exercice d'une activité légère et de sa faible scolarisation de sorte que le revenu d'invalidité doit être arrêté à 50'317 fr. 70 (59'197.30 - 15 % de 59'197.30) et le taux d'invalidité à 14.8 % (59'136 - 50'317.70 : 59'136), taux qui est insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

12. Il reste à examiner la question d'éventuelles mesures d'ordre professionnel et médicales.

L'article 8 LAI prévoit le droit des assurés invalides ou menacés d'une invalidité de bénéficier des mesures de réadaptation nécessaire et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain. « Les mesures de réadaptation comprennent : des mesures médicales, des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement), des mesures de formation scolaire spéciale, l'octroi de moyens auxiliaires, l'octroi d'indemnités journalières ».

Etant donné que, dans sa décision du 13 mars 2007, l'intimé a accepté d'examiner, sur demande écrite et motivée du recourant, une orientation professionnelle et un soutien pour les recherches, cette question n'est pas litigieuse.

Selon l'article 12 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, un assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable. Cette disposition légale vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a).

Etant donné que le recourant a quoi qu'il en soit une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, on ne voit pas en quoi il aurait droit à des mesures médicales de l'assurance-invalidité.

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. Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Car l'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, le recourant présentant un degré d'invalidité clairement inférieur à 20 %, il n'a pas droit au reclassement dans une nouvelle profession sans même examiner si les autres conditions sont réalisées, notamment la proportionnalité entre le coût de la mesure et ses chances de succès. Il lui appartiendra, le cas échéant, de solliciter une aide au placement, comme l'intimé le lui a suggéré.

13. Mal fondé, le recours sera rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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