

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1819/2006

ATAS/157/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 6 février 2007

En la cause

Monsieur I _____, domicilié , LES AVANCHETS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri
NANCHEN

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur I _____, né le 1959, originaire du KOSOVO, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) le 26 juillet 2002, en raison des suites d'un accident de la circulation du 6 décembre 2001. A cette occasion, sa voiture avait été percutée par l'arrière, provoquant chez l'assuré un choc sur la région rachidienne avec coup du lapin au niveau cervical et hyperextension au niveau lombaire, l'obligeant à arrêter son activité professionnelle de peintre dans le secteur du bâtiment.
2. L'assuré n'a plus repris d'activité depuis décembre 2001, à l'exception d'un essai de reprise d'emploi à 50% le 25 février 2002, qui s'est soldé par un échec en raison de l'apparition de douleurs lombaires et dans les hanches.
3. Dans son rapport médical du 18 août 2002, le médecin-traitant de l'assuré, le Dr A _____, a diagnostiqué chez l'assuré des lombalgies chroniques sur trouble dégénératif lombaire, avec canal lombaire étroit et séquelles dystrophiques de croissance dorsolombaire, une coxarthrose droite débutante, une hypercholestérolémie et un excès pondéral. Il a précisé que si l'évolution des suites de l'accident du 6 décembre 2001 avait été favorable au niveau de la nuque, la persistance de lombo-sciatalgie avait commandé un scanner qui a mis en évidence une sacralisation de L5, des becs ostéophytaires des sacro-iliaques dans le cadre de lésions dégénératives, sans érosions des surfaces articulaires. Il demandait à l'OCAI de répondre rapidement à une demande de mesures de réadaptation, afin d'éviter un déconditionnement ou une sinistrose chez son patient.
4. Ces mesures avaient déjà été mises en évidence lors de l'hospitalisation de l'assuré à la "établissement hospitalier" de Sion (ci-après : la CRR) entre le 11 juin et le 19 juillet 2002, à la demande de l'assurance-accidents (SUVA), intervenant dans la prise en charge des conséquences de l'accident. Les Dr B _____, rhumatologue, médecine physique et réadaptation, et le Dr C _____, médecin-assistant, ont alors diagnostiqués des lombalgies chroniques (M 54.5), des troubles dégénératifs lombaires (M 47.8), une maladie hyperostose débutante du rachis dorsal (M.48.1), des séquelles de dystrophie de croissance dorso-lombaire (Z 83.3) et un canal lombaire étroit, avec comme facteurs de co-morbidité une coxarthrose droite débutante (M 16.9), une dyslipidémie (E 78.0) et une obésité (E 66.9). En ce qui concerne l'apparition progressive de douleurs lombaires persistantes, la comparaison des clichés radiologiques de 1998 et 2002 a mis en évidence une discrète accentuation des troubles dégénératifs (présence d'une coxarthrose débutante). Pour ces médecins, le status était peu contributif, sans signes de non organicité et il leur était difficile de corréliser les anomalies mises en évidence sur les documents radiologiques avec les plaintes de l'assuré et les limitations constatées. Les céphalées dont se plaignait le recourant se sont révélées être des céphalées de

tension selon le Dr D_____, ophtalmologue, qui a préconisé la prise de médicaments. Dans le cadre de l'atelier professionnel d'une demi-journée, le travail fourni par l'assuré sur une machine à graver s'est révélé de bonne qualité. Celui-ci s'est toutefois plaint de douleurs de dos et de maux de tête. Les médecins ont considéré que la reprise de l'activité professionnelle de peintre en bâtiment n'était plus envisageable et que des mesures de réadaptation devaient être demandées à l'assurance-invalidité.

Toujours à la demande de la SUVA, une seconde hospitalisation de l'assuré à la CRR, a eu lieu du 16 septembre au 2 octobre 2002. Au niveau physique, le Dr B_____ a constaté que les plaintes et le handicap fonctionnel du patient n'avaient guère évolué depuis le premier séjour. Ce médecin a constaté que les anomalies déjà mises en évidence étaient peu importantes et n'expliquaient pas le tableau clinique dans sa totalité et notamment pas la lenteur et la posture de l'assuré. Elles rendaient cependant difficiles le travail de peintre en bâtiment. Une activité adaptée était possible, si elle autorisait l'alternance de la position assise et debout, la manutention de charges à hauteur de la taille et évitait le maintien du tronc en porte-à-faux en position assise ou debout ou le port de charges du sol à la taille. Le Dr E_____, psychiatre, n'a pas retenu de diagnostic spécifique, mais a constaté une période psychologique particulièrement anxiogène pour le patient. Il a considéré que la symptomatologie douloureuse était certainement majorée par la surcharge psychique. Selon lui, les critères d'un trouble somatoforme douloureux, en particulier la discordance manifeste entre les plaintes et les éléments objectifs, faisaient défaut.

5. Par lettre du 26 février 2003, le médecin-traitant de l'assuré, a demandé à l'OCAI la mise en œuvre d'un rapport COMAI ou une expertise par un rhumatologue. Il précisait que la décision de la SUVA d'arrêter ses prestations au 30 novembre 2002, avait induit chez son patient un syndrome douloureux chronique important.
6. Suite à la décision de l'OCAI du 21 juillet 2003 sur le droit de l'assuré à une orientation professionnelle, l'assuré a été mis au bénéfice d'un stage OSER dès le 22 septembre 2003, auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : le CIP). Prévu pour une durée de trois mois, ce stage n'a pu être suivi que 17 jours, en raison d'interruptions liées à des problèmes biliaires, aboutissant à une ablation de la vésicule réalisée le 3 novembre 2003. Les capacités physiques évaluées pendant ces 17 jours ont correspondu à des rendements ne dépassant pas 40% : l'assuré n'a pu garder une position de travail plus de 30 minutes, a dû alterner les positions, avait des mouvements lents. En ce qui concerne les capacités d'adaptation et d'apprentissage, l'assuré a montré une grande difficulté à se concentrer plus de 10 minutes et a exécuté les représentations d'objets volumiques. Il a conservé les acquis mathématiques scolaires et s'est montré à l'aise à manier les nombres. S'agissant de ses capacités d'intégration, il a respecté les consignes sans difficulté, mais a gardé ses distances vis-à-vis des autres participants.

7. Le rapport intermédiaire du médecin-traitant du 10 avril 2004 indique une stabilisation de l'état de santé de son patient depuis une année, avec une incapacité totale à exercer son activité de peintre, mais une capacité pour un travail léger adapté (position assise, variée) à définir avec l'assurance-invalidité. Le médecin a indiqué, au sujet de la concordance entre les plaintes et l'examen clinique, des plaintes subjectives et a estimé qu'une prise en charge psychiatrique pouvait être envisagée.
8. Sur proposition du Dr F _____, médecin-conseil, l'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Dr G _____, psychiatre, réalisée le 12 juillet 2004. Cet expert a posé le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) depuis le 19 juillet 2002, qui ne limitait pas la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier n'avait pas, à son avis, de problèmes psychiques pour s'adapter à un environnement professionnel et était apte à toute activité, sans diminution de rendement. Les capacités relationnelles du patient lui permettaient de s'intégrer dans un groupe sans problème. L'expert a relevé que l'assuré fréquentait deux ou trois amis. Il accompagne ses enfants à l'école le matin, puis se promène environ une heure avant de rentrer chez lui, où il passe la majeure partie de la journée. En ce qui concerne sa faculté à s'exprimer, l'expert a constaté que les minimales difficultés de compréhension et d'expression étaient liées à une relative pauvreté de son vocabulaire français. Il a noté que l'assuré ne présentait aucun trouble psychotique, troubles de la pensée ou de la perception, ni de véritables symptômes de type dépressif. L'assuré lui a déclaré ne jamais avoir souffert de troubles de l'humeur et se disait lui-même étonné de son bon état psychique par rapport à sa situation de vie. Pendant l'entretien, il a dû se mettre debout trois fois pour des périodes de quinze minutes en raison des douleurs lombaires.

Cette expertise a fait l'objet de deux versions et de deux courriers de l'expert versés à la procédure: une première version de l'expertise, non datée, et une seconde du 13 septembre 2004, accompagnée d'une lettre de l'expert du même jour adressée au médecin-conseil de l'OCAI. Il y indique avoir "corrigé" son expertise selon les indications de ce dernier. Dans une seconde lettre du 16 décembre 2005, l'expert précise dans le détail les différents points qui ont été corrigés et qui ne portaient que sur la forme. Ces points seront examinés dans la mesure utile dans la partie en droit.

9. L'OCAI, faisant suite à un avis du Dr F _____ du 5 octobre 2004, a confié une expertise médicale sur un plan somatique au Dr H _____, rhumatologue, du (ci-après : le "établissement hospitalier"), rendue le 4 juillet 2005 sur consultation du 7 juin 2005. L'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques (depuis 2001), une surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité (semblant ne pas avoir été présents en 2002), une maladie de Forestier débutante, touchant la partie dorsale basse et le haut des articulations sacro-iliaques. Il a encore relevé un syndrome métabolique (obésité, diabète non insulino-requérant, hypertension artérielle) présent depuis de nombreuses années mais qui n'influait pas la

capacité de travail. L'expert a ainsi constaté, au plan physique, une légère limitation de la mobilité lombaire, et, au plan psychique, des idées noires et une anxiété. La capacité de travail comme peintre en bâtiment était réduite de 50%, mais restait pleine dans un travail adapté. S'agissant du rendement, l'expert a précisé ne pas pouvoir se prononcer mais a retenu une vraisemblance en raison de la lenteur d'exécution. Il a envisagé des mesures de réadaptation professionnelle immédiatement. Selon lui, l'introduction de médicaments à visée antalgique de façon régulière et l'adaptation du poste de travail par une ergothérapeute pouvaient améliorer la capacité de travail, mais ces mesures resteraient peu efficaces en ce qui concernait l'activité de peintre en bâtiment. Pour une autre activité, adaptée, l'expert a préconisé un travail, à l'intérieur ou à l'extérieur, en positions assise et debout alternativement, telle qu'une activité de chauffeur-livreur, surveillant de parking ou de chantier par exemple. Dans cette mesure, la capacité de travail de l'assuré était entière, de même que son rendement, sous réserve d'une diminution de 20% lors de la reprise d'activité.

10. Selon le rapport du Dr F_____, les lombalgies dont souffre l'assuré sont communes. Il a relevé une intensité des plaintes de l'assuré qui ne correspondaient ni à l'examen clinique ni aux images radiographiques. L'aspect psychiatrique avait fait l'objet d'une expertise par le Dr G_____, qui n'avait pas mis à jour de maladie invalidante, de sorte qu'une activité adaptée à 100% pouvait convenir, depuis février 2002.
11. Le rapport de réadaptation professionnelle du 21 octobre 2005 demandé par l'OCAI a conclu à un taux d'invalidité de 15%, en considérant la différence entre le revenu sans invalidité en 2002 de l'assuré (60'229 fr. selon l'employeur) et le revenu d'invalidité en fonction des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (57'008 fr. x 41,7/40 heures - 10% de réduction supplémentaire pour les limitations fonctionnelles, les autres facteurs n'étant pas réalisés). Les mesures professionnelles de type aide au placement ne lui semblaient pas indiquées compte tenu de l'attitude de l'assuré.
12. Par décision du 27 octobre 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a refusé à l'assuré l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, constatant que son degré d'invalidité était de 15%. Elle a précisé qu'une aide au placement était possible si les conditions de l'art. 10 al. 2 LAI étaient réalisées.
13. Le 29 novembre 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision, au motif que l'expert psychiatre, le Dr G_____, ne remplissait pas les conditions d'impartialité pour avoir corrigé son expertise selon les indications du médecin-conseil de l'OCAI et qu'il existait en outre d'importantes contradictions entre les différents avis médicaux. Il a conclu à l'annulation de la décision et à un complément d'instruction portant sur une évaluation psychiatrique, voire psychiatrique et rhumatologique (bidisciplinaire). Il a également demandé une réduction supplémentaire de 10% sur

le revenu avec invalidité en lien avec ses limitations fonctionnelles et de sa nationalité.

14. Par décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition, confirmé sa décision de refus de prestations et a transmis le dossier au service de placement. S'agissant de l'expertise contestée, il a estimé que les conseils donnés par son médecin-conseil ne concernaient que la forme et non le fond, de sorte que l'impartialité de l'expert ne pouvait être mise en doute. Sur le caractère contradictoire de divers avis médicaux au dossier, il a relevé que tous les médecins, dont l'expert rhumatologue, s'accordent non seulement pour admettre l'incapacité de travail de l'assuré dans sa profession de peintre en bâtiment, mais aussi sur une pleine capacité résiduelle dans une activité adaptée.
15. L'assuré a interjeté recours le 19 mai 2006 contre la décision sur opposition, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire complète (rhumatologique et psychiatrique), à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'au minimum trois-quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2002 et au reclassement professionnel dans une activité adaptée, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision.
16. Par réponse du 19 juin 2006, l'OCAI reprend son argumentation et conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. En ce qui concerne le droit au reclassement professionnel, il rappelle que le taux d'invalidité de 15% est insuffisant au regard de la jurisprudence.
17. Le 22 juin, le Tribunal a transmis copie de la réponse au recourant, lui indiquant qu'il pouvait prendre connaissance du dossier de l'intimé au greffe.
18. Par télécopie du 6 octobre 2006, le Tribunal a requis du Dr G _____ la copie du courrier que lui avait adressé le Dr F _____ en date du 5 décembre 2005 qui ne figurait pas au dossier de l'OCAI et qui portait sur la modification de son expertise.
19. Le même jour, le Dr G _____ a envoyé par télécopie le courrier demandé, par lequel le Dr F _____ le prie de lui rappeler les conseils qu'il lui avait donnés à l'époque et qui l'avait amené à modifier son expertise.
20. Après communication de ce courrier aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. En application des art. 56 et 60 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), et compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant et après Pâques inclusivement, le présent recours, adressé le 19 mai 2006, soit le dernier jour utile, est recevable.
4. La LPGA et la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003 et 1er janvier 2004, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Compte tenu de la date de la décision administrative litigieuse (3 avril 2006), les prétentions du recourant doivent être examinées dans leur aspect matériel selon les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis en tenant compte des modifications législatives entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, pour la période du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2003, et enfin de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, pour la période courant depuis le 1er janvier 2004. En effet, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 446 ss. consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

En ce qui concerne la procédure, les règles de la LPGA sont applicables au cas d'espèce.

5. A l'appui des conclusions sur instruction médicale complémentaire, le recourant renouvelle tout d'abord le grief de partialité qu'il avait soulevé dans la procédure d'opposition à l'encontre de l'expert psychiatre G_____.

D'après la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 ss. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références).

Dans le cas d'espèce, la correction du rapport d'expertise demandée par le médecin-conseil de l'OCAI à l'expert est un procédé inacceptable. Le médecin d'une des parties n'est en aucun cas en droit de demander d'apporter des modifications, quelles qu'elles soient, au texte initial de l'expert. Le Tribunal de céans n'écartera cependant pas d'emblée le rapport d'expertise, dans le cas d'espèce à titre exceptionnel, l'examen des deux versions de l'expertise, celle du 13 et celle du 14 septembre 2005, permettant de retenir qu'il n'y a pas eu de modifications au niveau du fond, mais uniquement de la forme. Deux ou trois paragraphes ont été placés dans un autre chapitre, car ils contenaient des faits subjectifs qu'il convenait, selon l'expert, de placer dans l'anamnèse personnelle et les plaintes subjectives. Ces modifications ne modifient dès lors pas les conclusions de l'expert en lien avec les questions psychiatriques pertinentes. Elles ne sont pas suffisantes pour renverser la présomption d'impartialité dont bénéficie en principe l'expert (cf. Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, Berne 2000, 1205).

L'examen de la valeur probante de cette expertise sera effectué ci-après dans le cadre du caractère potentiellement invalidant du trouble somatoforme diagnostiqué par l'expert psychiatre.

6. Est litigieuse la question d'un droit à une rente d'assurance-invalidité ou à une mesure de reclassement.
7. 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).

8. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004 (4^e révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.
9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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

différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une grande importance dans ce contexte. La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que ce rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En ce qui concerne un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, l'on peut et doit attendre de lui notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).
11. En l'espèce, au niveau des affections physiques, les différents rapports médicaux mettent en évidence, chez l'assuré, des lombalgies chroniques depuis 2001, un canal lombaire étroit, une maladie de Forestier débutante (maladie hyperostosante

débutante du rachis dorsal) touchant la partie dorsale basse et le haut des articulations sacro-iliaques, ainsi qu'une surcharge fonctionnelle, de même que des séquelles de dystrophie de croissance dorso-lombaire et une coxarthrose droite débutante. Lors de ses auscultations en 2002, le Dr B _____ a constaté que les anomalies lombaires précitées étaient peu importantes et qu'il lui était difficile de corréler les affections mises en évidence avec les plaintes de l'assuré. L'expert H _____, en 2004, a identifié plusieurs signes de non organicité, absente en 2002, tout en estimant que l'ensemble de la symptomatologie lombaire avait pour conséquence une légère diminution de la mobilité lombaire. Le syndrome métabolique (obésité, diabète non insulino-requérant, hypertension artérielle), présent depuis de nombreuses années, est resté, selon un avis partagé, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

Les différents médecins, experts et le médecin-traitant de l'assuré, sont unanimes à considérer que l'assuré conserve cependant une capacité de travail entière dans un emploi adapté, en résumé un emploi qui autorise l'alternance de la position assise et debout, la manutention de charges à hauteur de la taille et évite le maintien du tronc en porte-à-faux en position assise ou debout ou le porte de charge du sol à la taille. C'est ainsi à juste titre que l'OCAI a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans un emploi adapté et a procédé à l'évaluation de l'invalidité du recourant en fonction de cette capacité. Bien que l'expert H _____ ait également reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50% dans son ancienne profession, ce n'est pas sur cette évaluation de l'état de santé que s'est formellement basé l'intimé, de sorte que la décision litigieuse ne prête pas à la critique sur ce point.

12. En ce qui concerne la santé psychique du recourant, l'expertise menée par le Dr G _____ a valeur probante, en ce qu'elle répond à satisfaction de droit aux exigences requises par la jurisprudence en la matière. Selon cette expertise, le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux (F45.4) depuis le 19 juillet 2002. Il n'y a à l'évidence pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, car le recourant ne présente, aux dires de l'expert, aucun trouble psychique qui puisse diminuer sa capacité de travail ou d'intégration dans des groupes. L'expert a relevé que le recourant lui-même se disait étonné de son bon état psychique par rapport à sa situation de vie. Pour ce qui a trait aux autres critères qui peuvent être déterminants, il sied de noter qu'aucune prise en charge psychiatrique n'a été requise par l'expert, ni d'ailleurs par aucun autre médecin. Le recourant n'a pas suivi de traitement, thérapeutique ou médicamenteux. Dans ces circonstances, l'état psychique de l'assuré ne peut être considéré comme cristallisé. S'agissant de son intégration sociale, même si elle est limitée en raison d'une perte d'autonomie, le recourant fréquente encore deux, trois amis et il n'apparaît pas qu'il ait subi une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie. Même si l'on peut considérer que le recourant souffre de lombalgies depuis plusieurs années, ce seul critère est insuffisant pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

Dans ces circonstances, force est de constater que le trouble somatoforme dont souffre le recourant ne comporte pas les caractéristiques requises pour admettre qu'il le prive des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs.

13. Se pose dès lors la question de savoir si le calcul de 15% du taux d'invalidité par l'intimé répond à une application correcte du droit.

En effet, le cas d'espèce commande l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa), selon laquelle, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). Cette comparaison s'effectue au moment de la naissance du droit à la rente. En l'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail depuis décembre 2001. L'invalidité est donc survenue au plus tôt en décembre 2002 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Sur la base du questionnaire pour l'employeur du 9 avril 2005, le salaire annuel du recourant auprès de son employeur aurait été de 60'299 fr. en 2002.

En ce qui concerne le revenu d'invalide du recourant, l'intimé s'est à juste titre fondé sur le revenu statistique résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), et plus particulièrement sur la statistique des salaires bruts standardisés résultant de la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182).

Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, qui autorise l'alternance de la position assise et debout, la manutention de charges à hauteur de la taille et évite le maintien du tronc en porte-à-faux en position assise ou debout ou le porte de charge du sol à la taille, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 4'557 fr. par mois (L'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, p. 25, Tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr. par année. Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 4-2004 p. 86, tabelle B 92.2)

un revenu annuel d'invalidé de 57'008 fr. (54'684 fr. x 41,7 : 40), comme l'a retenu l'intimé.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, l'intimé a admis une réduction de 10%, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Ni l'âge, ni la nationalité du recourant, au bénéfice d'un permis C, ou un autre facteur, ne permettent en l'espèce une appréciation différente et ce taux d'abattement doit être confirmé. Le revenu annuel d'invalidé du recourant calculé par l'intimé, de 51'307 fr., est justifié.

La comparaison des revenus $[(60'299 \text{ fr.} - 51'307) \times 100 : 60'299 \text{ fr.}]$ donne une invalidité de 15% (le taux de 14,93% étant arrondi au pour cent supérieur (ATF 130 V 122 s. consid. 3.2; SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44). Même si l'on devait retenir un taux d'abattement de 15%, il importe de préciser que le taux d'invalidité ne serait alors que de 20% (19,6% exactement), ce qui n'ouvre pas davantage au recourant le droit à une rente.

14. Il convient enfin de déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003) 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. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 pour cent environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Le fait que l'assuré ne puisse 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 pour cent au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 124 ss.).

Pour juger si le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (diminution de la capacité de gain de 20 pour cent environ)

est atteint, il y a lieu, en particulier pour les métiers dont les salaires initiaux sont bas, non seulement de prendre en considération les possibilités de gain actuelles, mais également de tenir compte, sur la base d'un pronostic, d'autres facteurs comme l'évolution des salaires et la durée d'activité (ATF 130 V 488 consid. 4, 124 V 111 consid. 3). Il faut encore que le droit à une mesure de réadaptation soit approprié au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

Dans le cas d'espèce, le recourant subit une perte de gain de 15%, voire de 20% comme vu ci-dessus. En regard des activités pouvant être assumées par le recourant compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il n'apparaît pas que des mesures de reclassement soient nécessaires. En effet, le recourant a obtenu une qualité de travail considérée comme bonne sur une machine à graver, dans l'atelier professionnel de la CRR en 2002, puis a démontré avoir conservé ses acquis mathématiques scolaires et être à l'aise dans le maniement des chiffres dans le cadre du stage OSER. En ce qui concerne sa faculté à s'exprimer en français, l'expert psychiatre n'a relevé que de minimes difficultés de compréhension et d'expression liées à une relative pauvreté de son vocabulaire français.

Dans ces circonstances, il apparaît qu'une aide au placement (art. 18 LAI) est une mesure suffisante pour permettre à l'intéressé de trouver un emploi adapté, sans qu'il faille mettre en œuvre des mesures de réadaptation. L'intimé a à ce propos transmis le dossier du recourant au service de placement en avril 2006.

Le droit à des mesures de réadaptation doit donc être nié.

15. En conclusion, la décision attaquée sera confirmée et le recours rejeté.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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