REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1971/2006 **ATAS/229/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 1er mars 2007

En la cause

Monsieur H_____, domicilié , GRAND-LANCY	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur H_____, né le 1950, de nationalité kosovare, marié et père de quatre enfants, est arrivé en Suisse en mars 1973. Depuis 1977, il a exercé la profession de chapeur. Au mois de juillet 1983, il a été engagé par l'entreprise X_____ SA.

2. Après avoir souffert de lombalgies à répétition durant près de deux ans - douleurs qui ont toujours bien évolué après deux ou trois semaines de traitement -, l'intéressé s'est plaint, au mois d'août 1998, d'une importante récidive des douleurs et d'irradiation dans le membre inférieur gauche. Il a également mentionné une diminution de la sensibilité du pied, de la jambe et de la face latérale de la cuisse gauches.

3. Il a été examiné à la division de rhumatologie des Genève ("établissement hospitalier") le 7 octobre 1998. L'examen clinique n'a pas mis en évidence de déficit moteur. Les médecins l'ont jugé dans l'incapacité totale de travailler jusqu'au 11 octobre 1998, date à partir de laquelle il a repris le travail à 50% grâce à une modification de son poste de travail (il s'est occupé d'isolation plutôt que de pose de chapes). Selon les médecins, il était indéniable que le problème du patient était augmenté par l'exercice de son métier dans la mesure où celui-ci impliquait le port de charges et des positions statiques prolongées. L'assuré a été dirigé vers un programme intitulé "objectif dos" dans l'espoir de lui permettre de récupérer une capacité de travail totale (cf. certificat médical établi le 21 décembre 1998 par les Drs. A_____, chef de clinique, et. B_____, médecin assistant à du département de médecine interne et rhumatologie des "établissement hospitalier" : pièce 3 OCAI).

4. Dans un courrier adressé le 15 janvier 1999 au Dr B_____, le Dr. C_____, chef de clinique adjoint à la clinique de rééducation des "établissement hospitalier", a cependant expliqué à son collègue que le patient n'était pas un candidat idéal pour le programme "objectif dos" : tous les signes de Waddell étaient absolument positifs et il existait une défense et une certaine non-compliance évidentes, de sorte que l'équipe de physiothérapie a récusé le patient qui n'a pu effectuer les exercices qui lui ont été demandés.

5. Le 18 décembre 1999, Monsieur H_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) visant au reclassement dans une nouvelle profession. Il a invoqué des problèmes de dos et de genoux.

6. Dans un rapport adressé en date du 6 janvier 2000 au médecin-conseil de l'assurance-maladie collective de l'intéressé, les Drs. D_____, chef de clinique, et. E_____, médecin assistant à la consultation ambulatoire de

rhumatologie des "établissement hospitalier", ont constaté la persistance des lombosciatalgies gauches chroniques et l'absence d'amélioration au niveau des plaintes du patient. A l'examen clinique, ils ont relevé de nombreux signes d'inorganicité de Waddell et l'absence de déficit sensitivo-moteur. L'IRM a montré des modifications dégénératives discrètes du rachis lombaire bas prédominant en L3-L4 et L4-L5 avec une discrète protrusion discale. La situation du patient a été réévaluée lors d'une consultation conjointe avec le chef de clinique de rhumatologie, au terme de laquelle les médecins ont conclu qu'il était capable d'exercer sa profession habituelle à 50% (pce 21 OCAI).

7. Dans un rapport daté du 10 février 2000, les Drs. F_____, chef de clinique, et A. E_____, médecin assistant à la consultation ambulatoire de rhumatologie des "établissement hospitalier", ont qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire et attesté d'une capacité de travail de 50% à partir du 12 octobre 1998.

8. Dans un rapport daté du 16 mars 2001, les Drs. F_____ et. G_____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie des "établissement hospitalier" ont confirmé la présence de lombo-sciatalgies gauches sans mise en évidence à l'examen clinique de signes irritatifs ou déficitaires et en relevant que tous les signes de non-organicité de Waddell étaient en revanche présents. Ils ont expliqué que l'état du patient avait évolué vers une chronicisation de la symptomatologie malgré les essais de reconditionnement physique et un traitement médicamenteux antalgique, qu'au début de l'année 1999, un antidépresseur avait été instauré sans effet sur les douleurs et que le patient avait finalement décidé de stopper ce traitement de lui-même au courant du mois de janvier 2001. Les médecins ont ajouté qu'ils avaient toujours vivement encouragé le patient à poursuivre une activité professionnelle à 50%. Ils ont mentionné qu'à plusieurs reprises, ce dernier s'était également plaint de gonalgies d'allure mécanique sans mise en évidence d'épanchement intra-articulaire mais avec un signe du rabot et un test de Zohlen positifs; le bilan radiologique avait montré un pincement au niveau du compartiment tibial interne et une petite réaction ostéophytaire sur les bords interne et externe. Les médecins ont conclu à une arthrose débutante et à un syndrome fémoro-patellaire bilatéral.

9. Selon les relevés de l'assureur maladie, des indemnités journalières ont été versées à l'assuré :

   - à 100% du 9 au 11 octobre 1998
   - à 50% du 12 octobre 1998 au 18 août 1999
   - à 100% du 19 août au 6 septembre 1999
   - à 50% du 7 septembre 1999 au 30 août 2001
   - à 100% du 31 août 2001 au 16 septembre 2001
   - à 50% du 17 septembre au 25 novembre 2001.

10. Par courrier du 27 novembre 2001, l'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 28 février 2002. Il s'est alors annoncé auprès de l'Office cantonal de l'emploi (OCE).

11. Dans un bref certificat médical daté du 24 janvier 2002, le Dr. H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté que son patient était capable de travailler à 100% pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une activité lourde (chantier).

12. Dans un rapport ultérieur daté du 28 octobre 2002, le Dr H_____ a confirmé les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques et de gonarthrose débutante avec syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Il a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 9 avril 2002 due au fait que les douleurs étaient devenues intolérables. Le Dr H_____ a indiqué que, bien qu'il n'y ait pas d'affection psychique ou mentale, le patient semblait paralysé par ses difficultés sociales et professionnelles insurmontables. Il a estimé qu'il pourrait exercer un travail léger à condition d'éviter une surcharge du dos et la position agenouillée et pouvait alterner les positions.

13. Par courrier du 7 novembre 2002 l'OCAI du Valais (à qui a été déléguée l'instruction du dossier de l'assuré) a demandé au Dr H_____ si, compte tenu de l'absence de modifications significatives entre octobre 1998 et octobre 2002, on pouvait admettre que, depuis l'automne 1999 au plus tard, l'assuré pouvait exercer un emploi léger et adapté à plein temps et avec un rendement normal.

14. Par courrier du 3 décembre 2002, le Dr H_____ a confirmé que l'assuré pouvait effectivement probablement travailler à 100% dans un travail adapté à ses limitations physiques mais que se posait le problème de sa réadaptation professionnelle dans la mesure où il parlait très peu le français. Il a souligné que l'assuré avait pu continuer tant bien que mal son travail de chapeur à 50% jusqu'en 2002.

15. La division de réadaptation de l'OCAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré et l'a fixé à 45%. Pour ce faire, elle a comparé le revenu qu'il aurait pu obtenir sans atteinte à la santé en 1999 (Fr. 82'958.-) à celui qu'il aurait pu théoriquement réaliser la même année en tant qu'homme exerçant une activité simple et répétitive, toutes branches professionnelles confondues (cf. selon ESS 1998 : Fr. 4'268.- par mois pour 40h./sem. = Fr. 53'520.70 par année pour 41,8 h./sem. en 1998 = Fr. 53'681.26 en 1999), après déduction de 15% (Fr. 45'629.05; cf. pce 95 OCAI).

16. Dans une première décision datée du 29 septembre 2003, l'OCAI a reconnu à l'assuré un droit au placement et lui a octroyé une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

17. Au surplus, par décision du 26 janvier 2004, l'OCAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le **1er** octobre 1999. Par ailleurs, un mandat d'aide au placement a été confié au service de réadaptation. Il a été précisé qu'une éventuelle opposition contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif (pces 106 et 107 OCAI).

18. Par courrier du 20 février 2004, l'assuré a formé opposition. Il a allégué souffrir de troubles du sommeil importants dus à la douleur et être dans l'incapacité totale de travailler. Il a indiqué par ailleurs qu'il souffrait désormais de l'oreille et de l'épaule droite et qu'il rencontrait également un problème à l'oeil gauche. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière.

19. Par décision sur opposition du 7 juin 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 26 janvier 2004.

20. Par courrier du 28 juin 2004, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. A l'appui de son recours, il a produit les documents suivants :

    - Un certificat médical établi le 25 juin 2004 par le Dr I_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales : le médecin y émet l'avis que son patient n'est pas capable de travailler à 100%, même dans un poste léger et adapté.

    - Un courrier adressé le 18 mars 2004 au Dr I_____ par le Dr. J_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel exprime l'opinion que l'incapacité de travail du patient s'élève à 2/3 au moins. Malgré un examen neurologique proprement dit normal et l'absence de signes déficitaires sensitifs ou moteurs au niveau des membres inférieurs, le médecin indique que l'examen a montré des modifications dégénératives du rachis lombaire. Il fait également état de troubles psychiques surajoutés sous forme d'un repli social, d'une apathie, de troubles de l'humeur et d'une réapparition de douleurs au niveau du genou droit. Selon lui, un recyclage est quasiment impossible compte tenu du niveau socio-culturel particulièrement bas du patient et du nombre d'années durant lesquelles il est resté inactif.

    - Trois courriers adressés au Dr I_____ par le Dr. K_____, spécialiste en chirurgie orthopédiste, dont il ressort que l'arthrose du genou est beaucoup plus importante qu'au départ puisque le patient présente non seulement une arthrose fémoro-patellaire mais également une arthrose du compartiment fémoro-tibial et que son périmètre de marche est de trente minutes à peine.

21. Ces documents ont été soumis par l'OCAI au Dr L_____, du Service Médical Régional AI (SMR), qui a relevé, dans un avis daté du 25 août 2004, que le Dr K_____ n'a fait aucune appréciation de la capacité de travail résiduelle de

l'assuré. Le Dr L_____ a admis que l'assuré ne pourrait plus travailler sur un chantier. Il a cependant fait remarquer que s'il était possible que la capacité de travail de l'assuré dans un poste adapté ne soit plus de 100%, compte tenu de l'aggravation évoquée par le Dr I_____, sa capacité de travail résiduelle restait toutefois à déterminer, ainsi que le moment à partir duquel l'aggravation s'était produite. De ce fait, et compte tenu des problèmes psychiques évoqués, le Dr L_____ a préconisé une évaluation médicale globale.

22. Par décision du 3 septembre 2004, l'OCAI a donc annulé sa décision sur opposition du 7 juin 2004 et repris l'instruction du dossier.

23. Par arrêt du 4 octobre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté que le recours était devenu sans objet.

24. Le Dr D. M_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu son rapport en date du 1er novembre 2005 (pièce 129 OCAI).

    Il en ressort que le patient se plaint de douleurs au genou gauche, de douleurs lombaires bilatérales basses qui interfèrent avec son sommeil en fin de nuit, de céphalées connues depuis deux ans, postérieures, irradiant en casque et d'une surdité de l'oreille droite, depuis une intervention pratiquée à ce niveau en été 2004; la posture assise lui est désagréable et nécessite des changements de position.

    Le Dr M_____ a expliqué avoir à dessein limité l'anamnèse aux plaintes spontanées du sujet, dont il a estimé qu'elles ne révélaient aucun argument précis pour une atteinte radiculaire aux membres inférieurs, pour une pseudo atteinte radiculaire telle qu'on en voit parfois dans des hernies discales plus haut situées ou dans des atteintes neurologiques plus périphériques, pour une périarthrite de hanches etc.

    Le médecin a indiqué que la neurographie sensitive et motrice était normale, que les différents muscles examinés ne présentaient pas de signe de dénervation active, que l'activité musculaire était réduite et difficilement analysable du fait d'une mauvaise collaboration; l'examen des nerfs crâniens et des membres supérieurs avait abouti à des réponses absurdes à de nombreuses reprises, de sorte que le médecin a jugé que le déficit sensitif allégué au membre inférieur gauche ne devait pas être retenu. Il a expliqué que différentes manœuvres avaient été nécessaires pour contourner la mauvaise collaboration du patient et permettre d'affirmer aussi l'absence de signes radiculaires algiques, confirmée par la parfaite symétrie des réflexes, l'excellente tonicité musculaire et l'aisance à se mobiliser sur le lit d'examen et à se rhabiller.

    L'examen neurophysiologique n'a montré aucune anomalie qui permettrait de mettre en évidence un processus de dénervation active dans les muscles dépendant des racines L5 et S1 à gauche.

Le Dr M_____ a conclu à l'absence d'atteinte neurologique aux membres inférieurs. Il a indiqué qu'une sciatalgie n'était pas exclue dans le passé mais qu'il n'y avait pas de plainte spontanée en ce sens ni d'argument pour une pathologie pouvant mimer une atteinte radiculaire.

Quant à la fonction auditive, le médecin a indiqué qu'elle était certainement réduite à droite.

En définitive, il a jugé qu'au plan neurologique, il n'y avait aucune justification à une réduction de fonction quelle qu'elle soit.

25. Le rapport d'expertise interdisciplinaire a été rendu le 27 janvier 2006 par le centre d'expertise médicale de Champel (pièce 130 OCAI).

Il se base sur le dossier médical, l'anamnèse, un examen clinique et rhumatologique ainsi que des examens spécialisés psychiatrique et neurologique. Il a été précisé que la quantification des limitations de la capacité de travail avait été décidée lors d'une conférence de consensus entre les médecins ayant participé à l'expertise.

Les plaintes de l'assuré ont porté sur des lombalgies à répétitions apparues en 1998 et ayant augmenté dès 2000, des douleurs de la face antérieure du genou gauche apparues en 1994 et enfin une douleur dans l'épaule gauche présente depuis février 2005. S'y ajoute, au niveau psychique, un sommeil agité depuis environ trois ans avec des réveils nocturnes accompagnés de cris ou parfois même de casse.

La Dresse. N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Sans contester les symptômes d'une détresse psychique réactionnelle à ses problèmes de santé physique et à sa situation psycho-sociale compliquée, la doctoresse a estimé que l'examen psychiatrique ne permettait pas mettre en évidence un trouble de la santé mentale limitant la capacité de travail de l'assuré.

Au niveau somatique, ont été retenus à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un trouble somatoforme douloureux, une gonarthrose gauche fémoro-tibiale (compartiment interne, fémoro-patellaire dans le cadre d'un status après ménisectomie) et une probable pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Ont également été mentionnées comme n'ayant pas de conséquences sur la capacité de travail : une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie et une surdité résiduelle de l'oreille droite.

S'agissant du genou gauche, les médecins ont constaté une importante amyotrophie du quadriceps témoignant du fait que l'assuré évitait de l'utiliser. Ils ont estimé que cette hypotrophie était le signe d'une souffrance clairement provoquée par une atteinte au genou et qu'elle ne se voyait pas dans le cadre d'un trouble somatoforme.

Quant aux douleurs de l'épaule droite, ils ont estimé qu'elles ne devaient pas représenter une limitation à long terme.

Ils n'ont pas pu relever la présence d'une psychopathie concomitante ni l'absence de ressources propres. Ils en ont tiré la conclusion que l'assuré devrait pouvoir faire fructifier une capacité de travail résiduelle malgré son syndrome douloureux.

Les médecins ont estimé qu'il n'y avait aucune limitation ni au plan psychique ni au plan social. Au plan physique, ils ont observé une diminution de la mobilité de l'épaule droite, du rachis lombaire et du genou gauche. Ils ont indiqué que l'assuré devait éviter tout mouvement mettant à contribution le rachis lombaire (port de charges, antéflexion du tronc, stations statiques assise ou debout prolongées) et la position agenouillée. Ils ont en revanche constaté que les épaules étaient utilisables en dessous de la poitrine et que la motricité fine et grossière était conservée.

Les médecins ont conclu à une capacité de travail de 50% depuis 1997 dans l'activité de chapeur puis de 0% dans cette même activité depuis avril 2002. Ils ont estimé que l'assuré était en revanche capable d'exercer à plein temps et sans diminution de rendement une profession adaptée. Ils ont relevé qu'il était capable de s'habituer à un rythme de travail et de s'intégrer dans un tissu social mais qu'il avait peu de ressources pour apprendre de nouvelles notions théoriques vu son manque de formation scolaire et professionnelle et qu'il était peu motivé pour la reprise d'un travail.

Les médecins ont estimé qu'une activité adaptée devait éviter : la position à genoux, la montée ou la descente d'escaliers, le port de charges, les mouvements d'antéflexion du tronc, la marche prolongée et les positions statiques.

26. Par décision sur opposition du 28 avril 2006, l'OCAI, constatant que la capacité de travail de l'assuré était intacte dans une profession adaptée, le trouble somatoforme douloureux ne remplissant pas les conditions posées par la jurisprudence pour admettre une invalidité, a repris les chiffres qui étaient les siens dans sa première évaluation et a conclu à un degré d'invalidité de 45% ouvrant le droit à un quart de rente dès le 9 octobre 1999. Il a ainsi confirmé sa décision du 26 janvier 2004.

27. Par courrier du 31 mai 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a signé son recours personnellement mais a demandé que le dossier soit transmis à son conseil, Monsieur B_____. Quant au fond, il a conclu à la prise en charge de mesures professionnelles s'il y avait lieu et à l'octroi d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 70%, avec suite de frais et dépens. Il a fait valoir qu'il était irréaliste d'exiger de lui qu'il trouve une place de travail n'impliquant ni le port de charges, ni la position à genoux, ni une position statique. Il a enfin invoqué l'avis du Dr J_____ selon lequel son incapacité serait de deux tiers au moins.

28. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 28 juin 2006, a conclu au rejet du recours.

29. Par courrier du 29 août 2006, le représentant de l'assuré a demandé qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour compléter le recours. Copie du rapport d'expertise lui a été adressée par le tribunal de céans par pli du 6 septembre 2006 et un délai au 22 septembre 2006 lui a été accordé.

30. Le recourant n'ayant plus donné de nouvelles, 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 1er 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois d'octobre 1999. Étant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la

LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Interjeté dans les forme et délais prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et ss LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant lui ouvrent droit à plus d'un quart de rente.

6. a) 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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.

c) 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).

d) Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

7. En matière de troubles somatoformes douloureux, atteinte à la santé dont les manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - ne s'expliquent pas par une pathogenèse claire et fiable, il est difficile de mesurer la limitation de la capacité de travail, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'un trouble somatoforme douloureux, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

   Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état

psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que cette atteinte est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

8. L'évaluation de l'incapacité de travail suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le 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).

S'agissant de la valeur probante des 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 353 consid. 3b/bb et cc).

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

9. En l'espèce, un rapport d'expertise pluridisciplinaire a été rendu en date du 27 janvier 2006 par le centre d'expertise médicale de Champel. Les médecins sont arrivés à la conclusion qu'au plan neurologique, il n'y avait aucune justification à une réduction de la capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme a été posé par la Dresse G. N_____ qui a également précisé que l'examen psychiatrique ne permettait pas de mettre en évidence un trouble de la santé mentale limitant la capacité de travail de l'assuré. Ont au surplus été retenus à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une gonarthrose gauche fémoro-tibiale (compartiment interne, fémoro-patellaire dans le cadre d'un status après ménisectomie) et une probable pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Les médecins ont certes pu observer une diminution de la mobilité de l'épaule droite, du rachis lombaire et du genou gauche, et ont indiqué que l'assuré devait éviter tout mouvement mettant à contribution le rachis lombaire (port de charges, antéflexion du tronc, stations statiques assise ou debout prolongées) et la position agenouillée. Ils ont en revanche constaté que les épaules étaient utilisables en dessous de la poitrine et que la motricité fine et grossière était conservée et ont conclu à une capacité de travail de 100% et sans diminution de rendement dans une profession adaptée, c'est-à-dire évitant : la position à genoux, la montée ou la descente d'escaliers, le port de charges, les mouvements d'antéflexion du tronc, la marche prolongée et les positions statiques.

10. Le recourant conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire. Il se contente cependant à cet égard d'invoquer le courrier adressé le 18 mars 2004 à son médecin-traitant par le Dr J_____. Ce dernier y exprime l'opinion - au demeurant non motivée - que l'incapacité de travail du patient s'élève à 2/3 au moins. Cet avis ne saurait cependant suffire à mettre en doute la valeur du rapport d'expertise évoqué ci-dessus. En effet, dans le même temps, le Dr J_____ a admis que l'examen neurologique proprement dit était normal et qu'il n'y avait pas de signes déficitaires sensitifs ou moteurs au niveau des membres inférieurs. Quant aux considérations selon lesquelles un recyclage serait impossible compte tenu du niveau socio-culturel particulièrement bas du patient et du nombre d'années durant lesquelles il est resté inactif, elles ne relèvent pas de l'assurance-invalidité.

    En revanche, le rapport d'expertise pluridisciplinaire, emporte la conviction du tribunal de céans dans la mesure où les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, où il se fonde sur des examens complets et où il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont au surplus claires et les conclusions des médecins dûment motivées.

    En conséquence, l'intimé était fondé, au vu des données médicales réunies au dossier à admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations du recourant. Au surplus, l'évaluation de l'invalidité à laquelle il s'est

livré n'apparaît pas critiquable, d'autant qu'une réduction de 15% a été appliquée pour prendre en compte les limitations du recourant. L'argument selon lequel il serait illusoire d'espérer retrouver une profession répondant aux exigences posées ne saurait être retenu. En effet, le Tribunal fédéral des assurances a déjà admis que le revenu d'invalide peut être déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'ESS pour des activités simples et répétitives, toutes branches économiques confondues, de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, étant donné que la plupart des emplois ainsi pris en compte sont, abstraction faite des limitations éprouvées par l'assuré, conformes aux aptitudes de celui-ci, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services. On peut en effet convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, mal fondé, est 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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