

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2014/2008

ATAS/1165/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 17 septembre 2009

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à GENEVE, représenté par
Mme Frédérique BOUTHEON, CSP-CENTRE SOCIAL
PROTESTANT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Maria GOMEZ et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), originaire du Kosovo, est né en 1961. Il a poursuivi dans son pays d'origine des études jusqu'à l'âge de 21 ans, puis a dû les interrompre pour des raisons politiques.
2. Arrivé en Suisse en 1984, l'assuré a tout d'abord travaillé en Suisse alémanique, puis en Valais, avant de travailler en qualité de poseur de plafonds auprès de l'entreprise X_____ SA.
3. En 2000, l'assuré a subi une hémi-laminectomie L4-L5 alors qu'il se trouvait au Kosovo.
4. Le 20 janvier 2005, alors qu'il prélevait des plaques d'alba pesant 40 kg, il a soulevé par mégarde deux plaques à la fois au lieu d'une, ce qui a déclenché une violente douleur para-lombaire droite.
5. L'assurance-accident, à savoir la SUVA, a considéré que Monsieur A_____ n'avait pas été victime d'un accident, et qu'il ne s'agissait pas non plus d'une lésion corporelle assimilée à un accident. La SUVA n'a donc pas retenu valeur d'accident à cet événement.
6. En avril 2005, la GENEVOISE ASSURANCE, qui a versé des indemnités journalières de janvier 2005 à janvier 2006, a ordonné une expertise rhumatologique et a confié le mandat au Dr L_____, médecin rhumatologue. Dans son rapport d'expertise médicale du 20 avril 2005, le Dr L_____ pose comme diagnostic principal motivant l'incapacité de travail : une lombo-sciatalgie droite subaiguë. A cette occasion, le Dr L_____ confirme que l'incapacité de travail est justifiée, surtout si on se réfère à la profession du patient, qui nécessite qu'il porte des charges très lourdes. Au sujet de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr L_____ précise encore : « Etant donné tous les signes (cf. signes de Wadell...) et éléments anamnestiques (conflit asséculo-logique, ressentiment vis-à-vis du système suisse...), de mauvais pronostics fonctionnels, je crains que l'évolution soit défavorable quels que soient les traitements prodigués. Il y a un risque important d'évolution vers des lombalgies chroniques et un trouble somatoforme douloureux ».
7. En septembre 2006, une nouvelle expertise est ordonnée et le mandat est à nouveau confié au Dr L_____. Dans son rapport du 22 septembre 2006, le Dr L_____ pose le diagnostic principal motivant l'incapacité de travail : lombo-sciatalgie bilatérale prédominant à droite dans un contexte d'échec d'une discectomie L4-L5 et L5-S1 en juin 2005. Signes pour une fibromyalgie, voire un trouble somatoforme douloureux. Le Dr L_____ relève en outre que

l'incapacité de travail est justifiée dans son ancienne profession. Le Dr L_____ précise encore : « A cause de ce trouble (trouble somatoforme douloureux), je pense qu'il y aura un échec dans toute activité, même légère, une telle activité légère ne me paraît donc pas possible. Sur la base du problème lombaire seul, une activité plus légère devrait être possible. ». Se prononçant sur l'évolution dans le futur, le Dr L_____ précise encore : « Comme je le craignais déjà dans ma première expertise d'avril 2005, l'évolution a été défavorable et il est quasiment certain que Monsieur A_____ va continuer à se plaindre de douleurs intolérables, réfractaire à tous les traitements proposés. ». Au sujet d'une éventuelle reprise du travail, le Dr L_____ relève : « Au vu de la situation actuelle et surtout du trouble somatoforme douloureux associé aux lombalgies, aucun plan de reprise de travail n'est envisageable. ».

8. En raison de son état de santé, l'assuré a présenté, le 20 février 2006, une demande de prestations de la part de l'assurance-invalidité.
9. Procédant à l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a ordonné une expertise multidisciplinaire rhumatologie et psychiatrie et a mandaté à cet effet le Centre d'expertise médicale (ci-après le CEMED).
10. Après un examen approfondi du 5 avril 2007, le rapport établi le 16 mai 2007 sous la signature du Dr L_____, rhumatologue, et du Dr M_____, psychiatrie-psychothérapie FMH, mentionne les conclusions suivantes :

« Sur le plan psychique, il n'y a pas de véritable trouble psychique mis en évidence. Donc pas de limitation de la capacité de travail. L'existence d'un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux est un critère diagnostic nécessaire pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans le cas présent, ce critère n'est pas vraiment présent, à l'exception du conflit qui a opposé l'expertisé à la SUVA au sujet de la qualification des douleurs ressenties sur le lieu de travail. Cet élément nous est apparu comme insuffisant pour retenir le diagnostic de trouble somatoforme.

Sur le plan somatique, nous concluons que dans un métier du bâtiment, avec un port de charges de plus de 10 kg, l'obligation de monter, de descendre, ou de prendre des positions en flexion antérieure du torse, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité adaptée, sans port de charges, avec la possibilité de changer régulièrement de position (petite mécanique), la capacité de travail est de 100 % avec une probable diminution du rendement de 20 %. ».

11. Au sujet des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les experts relèvent : lombo-sciatalgie chronique avec discopathie sévère L4-L5 (MODIC II) (2005).

Status après une cure d'hernie discale L4-L5, L5-S1 droite (juin 2005).

12. Se prononçant encore sur des mesures de réadaptation professionnelle envisageables, l'expert psychiatre relève : « Il n'y a pas d'indication à des mesures de réadaptation pour motif psychique. Etant donné sa fixation sur son incapacité, il paraît peu probable que l'expertisé soit très motivé pour s'investir dans des mesures de réadaptation. Mais cela ne relève pas d'une affection psychique décelable. Son niveau linguistique est par ailleurs un obstacle significatif à la réadaptation dans des activités moins manuelles que celles exercées jusqu'à maintenant. »
13. Considérant les conclusions de l'expertise, l'OCAI a mandaté PRO Entreprise Sociale Privée, afin de déterminer les activités professionnelles que l'assuré serait à même d'assumer, compte tenu de ses limitations physiques.
14. Après une durée de vingt-six jours d'observation, PRO Entreprise Sociale Privée conclut : « Ces quelques semaines de stage semblent avoir été une expérience difficile pour Monsieur A _____, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, c'est le fait de devoir venir en stage, tout en n'ayant pas la possibilité de trouver une position qui soulage ses douleurs, qui lui a pesé. Se sentant incapable d'assurer les huit heures de présence qui lui étaient demandées, il nous a toujours dit faire « au mieux », tout en assurant une moyenne d'une heure et demie de présence par jour. Par ailleurs, la comparaison entre ses capacités physiques passées et actuelles est régulièrement apparue dans son discours, assombrissant un peu plus son humeur déjà assez lourdement affectée.

De notre côté, l'espoir de pouvoir constater une augmentation progressive du temps de présence de l'assuré ne s'est pas réalisé. Une observation efficiente de l'assuré ne pouvant pas être effectuée, nous avons donc proposé d'interrompre le stage ».

15. Dans son rapport final de réadaptation professionnelle, l'OCAI relève : « Par conséquent et au vu de ce qui précède, nous constatons que le stage d'orientation mis en place a permis de confirmer que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas envisageables en raison de la fixation de l'assuré sur son incapacité de travail ». Calculant le degré d'invalidité sur la base de la comparaison des revenus sans et avec invalidité, cet Office conclut à un taux de 32,9%.
16. Le 1^{er} avril 2008, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui niant tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
17. Le 19 mai 2008, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de refus de rente d'invalidité et mesures de réadaptation professionnelle. A cette occasion, l'OCAI précisait notamment : « Le stage d'orientation mis en place a permis de confirmer

que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées dans votre situation en raison de votre fixation sur votre incapacité de travailler ».

18. Par courrier du 26 mai 2008 adressé à l'OCAI, le Dr N_____, spécialiste FMH médecine interne et affections rhumatismales, conteste les conclusions de l'expert psychiatre du CEMED. Il précise notamment : « Je ne suis évidemment pas d'accord avec la courte argumentation du Dr M_____, qui ne voit pas de conflit émotionnel suffisamment important pour entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Le trouble émotionnel, au contraire, me semble à l'origine d'une souffrance importante massive, intriquée et exprimée par cette symptomatologie douloureuse diffuse bien plus étendue que ce que pourraient expliquer les lésions organiques dues aux opérations des hernies discales. ».
19. Par courrier recommandé du 5 juin 2008, l'assuré a fait recours contre la décision du 19 mai 2008 auprès du Tribunal de céans. A cette occasion, le recourant, qui sollicitait un délai supplémentaire de nature à lui permettre de consulter les pièces et si nécessaire de compléter ses écritures, concluait à la recevabilité du recours, à l'annulation de la décision litigieuse, à la reconnaissance d'une invalidité totale et à l'octroi de dépens équitables.
20. Interrogé au sujet du recours, l'OCAI, qui a mandaté à ce sujet le Service médical régional AI (ci-après le SMR), concluait au rejet dudit recours et à la confirmation de la décision attaquée.
21. Par courrier du 13 novembre 2008, le recourant a complété son recours en relevant notamment que les conclusions de l'expertise du CEMED n'abordaient que le plan somatique. Il sollicitait à cette occasion l'audition du Dr N_____.
22. Entendues en comparution personnelle le 21 novembre 2008, les parties persistent dans leurs conclusions. A cette occasion, le recourant confirme l'origine de ses douleurs, à savoir une double hernie discale L4-L5 en 2000, ainsi que son accident en janvier 2005. Au sujet des mesures de réadaptation, le recourant précise encore : « En ce qui concerne les mesures de réadaptation et le stage d'évaluation effectué par l'entreprise PRO, je tiens à préciser que j'avais une bonne volonté de faire évoluer ma situation dans le cadre d'un travail plus léger. Toutefois, chaque mouvement m'était difficile et je devais souvent m'arrêter après une heure ou une heure et demie, et ce malgré les changements de position.

Je confirme les problèmes relationnels que j'ai eus dans le cadre de mon activité auprès de l'entreprise PRO, notamment des provocations émanant de mes collègues de travail. »

En ce qui concerne l'interruption du stage, l'OCAI relève : « Le rapport du 16 mars 2008 du SMR constate qu'il n'y a pas de problème sur le plan médical, mais qu'il y

a un manque de dynamisme et une fixation de l'assuré sur son incapacité de travail. »

Toujours lors de cette audience, le conseil du recourant précise encore : « Au sujet de ma remarque concernant les conclusions d'expertise du 5 avril 2007, sur le fait que ladite expertise n'aborde que le plan somatique, je précise que les réponses aux questions posées en fin d'expertise n'abordent que le plan somatique. ».

23. Entendu à l'occasion de l'audience d'enquête du 26 mars 2009, Le Dr N_____ relève « L'état de santé de M. A_____ est assez catastrophique. Son état est stationnaire depuis la dernière opération de l'hernie discale, soit en 2005. M. A_____ est insensible aux traitements et un essai de mobilisation en eau chaude s'est révélé impossible et a dû être interrompu. M. A_____ est dans un état de santé difficile globalement. En ce qui concerne le traitement médicamenteux, j'ai également tenté de nombreux essais, mais sans succès. M. A_____ prend actuellement des médicaments antidouleur, ainsi que des somnifères. M. A_____ a effectivement des troubles du sommeil qui sont dus en particulier à ses problèmes de dos.

Sur le plan psychosomatique, il y a lieu de considérer que la symptomatologie douloureuse d'une part, et la symptomatologie dépressive d'autre part, constituent un ensemble. Il y a un effondrement de la personne qui agit sur tous les plans, notamment social. M. A_____ a un sentiment de révolte et de colère qui l'empêche d'apprécier la qualité d'une vie normale.

Contrairement aux conclusions de l'expertise du CEMED, j'estime que c'est l'ensemble du problème psychosomatique qui empêche M. A_____ de travailler.

Au niveau de sa capacité de travail, j'estime que M. A_____ est totalement incapable, dans quelque activité que ce soit. En outre, je n'imagine pas, compte tenu notamment de son environnement, que M. A_____ puisse un jour reprendre une quelconque activité. »

24. Les parties ne souhaitant pas s'exprimer suite aux enquêtes, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délais et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure de conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 décembre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

5. a) Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations du recourant, singulièrement à une rente d'invalidité ou encore à des mesures de réadaptation.
- b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé

dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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 malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, *in* : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites

et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part 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 LPG), 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 ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

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

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment du Dr N_____, médecine interne et affections rhumatismales, un examen rhumatologique du SMR d'avril 2006, des avis du SMR et des expertises du Dr L_____, rhumatologue, des 10 avril 2005 et du 22 septembre 2006 ainsi qu'une expertise multidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) réalisée par le CEMED en mai 2007. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante, en particulier, de l'expertise de mai 2007.

Les experts ont posé des anamnèses détaillées; ils ont pris en compte les plaintes de l'expertisé, se sont livrés à une discussion et ont répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui leur étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, leurs conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. A cet égard, les remarques du médecin traitant, le Dr N_____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie mais rhumatologue, ne permettent pas de remettre en question les conclusions motivées et convaincantes de l'expertise. Il convient en outre de relever que le recourant n'a pas de suivi psychiatrique et ne prend que des médicaments antidouleurs et des somnifères, les traitements aux antidépresseurs, déjà prescrits par le précédent médecin, n'ayant pas apporté les résultats escomptés, comme l'a précisé le Dr N_____ lors de son audition. Il y a donc lieu de conclure que, sur le

plan psychique, il n'y a pas de limitations significatives durables de la capacité de travail.

Par ailleurs, il convient également de relever la valeur probante de l'aspect rhumatologique de l'expertise du 5 avril 2007 du CEMED, examen qui est complet, motivé et convaincant. Il comporte en effet des anamnèses détaillées, plusieurs statuts sur examen clinique, pose des diagnostics précis, détermine de manière claire la capacité de travail de l'assuré et est dépourvu de contradictions. Partant ses conclusions seront suivies s'agissant du plan somatique.

7. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer son degré d'invalidité.

b) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références).

c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

d) 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).

8. En l'espèce, est déterminante, pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus, l'année 2006.
9. Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte le revenu issu de la décision de l'OCAI qui a été déterminé à 70'589.60 fr. par an par la division de réadaptation selon les indications de l'employeur.

Pour calculer le revenu avec invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se réfèrera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples en 2006, à savoir 4'732 fr. par mois ou 56'784 fr. par an (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006, ce montant doit être porté à 59'197 fr. 30 ($56'784 : 40 \times 41,7$; Le Vie économique, tableau B9.2). Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels 2007 (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 60'165 fr. 50

Considérant le fait qu'une déduction spécifique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant a été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail par la prise en considération d'une baisse de rendement, en l'occurrence 20%, ce qui aboutit à un revenu avec invalidité de 48'132 fr. 40, une réduction supplémentaire n'est pas à retenir pour procéder à la déduction du salaire statistique.

La comparaison du revenu avec invalidité avec le revenu sans invalidité ($70'589 \text{ fr. } 60 - 48'132 \text{ fr. } 40 \times 100 / 70'589 \text{ fr. } 60$) conduit à un degré d'invalidité de 31,81% n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, il convient de relever que l'OCAI, procédant à une comparaison des revenus, est arrivé pratiquement au même degré d'invalidité soit à 32,9%, degré n'ouvrant effectivement pas droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que, sur la base de la comparaison des revenus, la décision de l'intimé est justifiée.

10. Il convient enfin d'examiner si l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation.

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

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

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

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). L'OCAI a d'ailleurs relevé à ce sujet la nécessité d'un degré d'invalidité reconnu.

Il sied de constater, en l'occurrence, que le stage d'orientation mis en place a permis de confirmer que des mesures de réadaptations professionnelles n'étaient pas indiquées en raison de la fixation du recourant sur son incapacité de travailler. Cette conclusion est corroborée par le rapport d'expertise du CEMED qui relève : « Etant donné sa fixation sur son incapacité, il apparaît peu probable que l'expertisé soit très motivé pour s'investir dans des mesures de réadaptation. »

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

11. Ainsi, le recours mal fondé sera rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Il sera condamné à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI.

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

A la forme :

1. 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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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