

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3400/2007

ATAS/599/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 20 mai 2008

En la cause

Monsieur T_____, domicilié au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
CHARBONNET Benoît

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Norbert
HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____, exerçant la profession de poseur d'armatures métalliques, a déposé le 9 juillet 2002 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.
2. Le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a retenu, dans un rapport du 3 septembre 2002, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
 - une probable spondarthropathie séronégative indifférenciée depuis octobre 2001,
 - une arthrose fémoro-tibiale interne sur genou varum à gauche depuis février 2002,
 - une lésion dégénérative du ménisque interne et de la corne postérieure du genou gauche depuis février 2002,
 - et un corps intra-articulaire libre existant depuis février 2002,et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :
 - un diabète de type II depuis septembre 2000,
 - une hypertension artérielle depuis juin 2000,
 - une dyslipidémie mixte depuis août 2000,
 - une obésité tronculaire
 - et de l'asthme depuis l'enfance

Le médecin a indiqué que depuis l'opération du genou en février 2002, le patient n'avait pas pu reprendre son travail, souffrant beaucoup du genou et de ses atteintes au niveau de la colonne cervicale et lombaire. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité totale de travailler dans sa profession, qu'il pouvait en revanche envisager une activité de supervision, sans port de charges.
3. Le 10 septembre 2002, le Dr B_____, médecin-adjoint à la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève - HUG, a posé les diagnostics d'une très importante dégénérescence vertébrale avec des discopathies étagées sur toute la hauteur du rachis existantes avant 1999, date de la première consultation, de douleurs articulaires multiples existantes depuis 2001 et d'une lésion méniscale et déformation axiale au niveau du genou gauche en 2002. Il précisé que le patient était actuellement à l'arrêt de travail suite à une ménisectomie et une ostéotomie de valgisation du tibia à gauche. L'état de santé s'aggrave, selon lui, et des mesures professionnelles sont indiquées.
4. Dans un rapport du 11 novembre 2002, le Dr C_____ de la division de rhumatologie des HUG, a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis le 14 février 2002 en raison d'une polyarthrose dont le diagnostic a été posé le 15 octobre 2001, mais qui existe probablement depuis environ 1995. L'incapacité de

travail est totale dans la profession actuelle. Une autre activité serait possible, si elle est non "lourde" physiquement (par exemple petite manutention), étant précisé qu'il était difficile à évaluer dans quelle mesure.

5. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'un stage OSER dans le cadre du Centre d'intégration professionnelle (CIP), du 15 décembre 2003 au 8 février 2004.

Un rapport OSER a été établi à l'issue du stage le 19 février 2004. Il a été considéré que l'assuré était actuellement inapte au travail dans le circuit économique normal. Les maîtres d'atelier ont proposé qu'il soit dirigé vers des ateliers protégés afin qu'il puisse conserver une insertion socioprofessionnelle, sa capacité résiduelle de travail étant évaluée à 30%, soit un rendement de 30% sur un plein temps d'atelier protégé.

6. Constatant que les médecins traitants ne se prononçaient pas sur la capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée, et que selon le stage d'observation, sa capacité n'était que de 30% dans le cadre d'un atelier protégé, alors que le Dr D_____ en juillet 2003 concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, la Dresse E_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a proposé, dans une note du 6 avril 2004, de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique auprès du Prof. F_____.
7. Du rapport réalisé le 29 juillet 2004 par l'expert, il ressort que l'assuré souffre de rachialgies chroniques, de douleurs chroniques des genoux et d'un syndrome anxio-dépressif, qu'il est incapable de travailler à 100% comme ferrailleur depuis le 14 février 2002, que son incapacité dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes supérieures à 15 kg) est inférieure à 20%, ce sans tenir compte de l'aspect psychique.
8. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr G_____.

Dans son rapport du 30 août 2005, le Dr G_____ a retenu un état dépressif majeur de gravité moyenne, a constaté que la mise en place d'un suivi psychiatrique chez la Dresse H_____ avait amélioré l'état de santé de l'assuré, de sorte que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée depuis fin juin 2005. Le médecin a par ailleurs relevé que l'assuré souffrait d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil depuis juin 2005, ce qui tendait à chroniciser l'état dépressif.

9. S'agissant des apnées nocturnes, l'assuré a été examiné par le Dr I_____, lequel, dans un rapport du 13 octobre 2005, a confirmé ce diagnostic, tout en indiquant que l'état de santé s'améliorait.
10. Interrogée par l'OCAI, la Dresse H_____ a estimé le 12 novembre 2005 l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis février 2002 dans la profession

de ferrailleur. Elle a précisé que l'état de santé s'améliorait sur le plan dépressif, mais s'aggravait sur le plan rhumatologique.

11. Un complément d'expertise a dès lors été demandé au Prof. F_____, lequel a répondu le 15 mai 2006. Le médecin rappelle que selon l'expertise qu'il avait effectuée en 2004, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans une activité lourde, mais une capacité résiduelle à plus de 80% dans une activité légère. L'examen clinique actuel était superposable pour les genoux et meilleur pour la colonne vertébrale. Les examens radiologiques n'avaient pas montré d'évolution défavorable. L'expert a dès lors considéré que pour ces différentes raisons, la capacité de travail de l'assuré était identique à celle proposée en 2004.

Il a ajouté à la liste des diagnostics retenus celui de probable syndrome d'amplification des plaintes.

Il a confirmé que toute activité professionnelle non lourde (pas de port de charges supérieures à 15 kg plusieurs fois par jour, pas de déplacements itératifs sur de longues distances au cours de la journée, pas de montée régulière sur des échelles) peut être effectuée avec un rendement égal ou supérieur à 80%, ce type d'activité se trouvant dans l'horlogerie (polissage, fabrication de boîtes de montres...), la petite mécanique, la surveillance de machines ou de chaînes de production, la vente, etc.

12. Egalement invitée à préciser son rapport, la Dresse H_____ a expliqué le 16 janvier 2006 que c'est en raison de l'état pulmonaire que l'état de santé n'était pas stabilisé, mais que "sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du patient est encore restreinte, voire impossible" (courrier du 16 janvier 2006).
13. Un complément d'expertise a alors été requis du Dr G_____. Celui-ci, le 29 août 2006, a indiqué que, du point de vue psychiatrique, l'évolution avait été tout à fait favorable, que la symptomatologie anxio-dépressive était ténue et, visiblement, n'interférait ni avec la qualité de vie ni avec son fonctionnement extra-professionnel. Dans une activité médico-théorique, l'assuré pourrait travailler au minimum à 80% depuis le 15 mai 2006 avec un rendement égal ou supérieur selon les limitations somatiques telles que précisées par le Prof. F_____ dans son rapport d'expertise du 15 mai 2006. Il relève que l'assuré paraît inquiet quant à son avenir professionnel dans lequel il a beaucoup de difficultés à se projeter, de sorte que des mesures de reclassement professionnel dans ce contexte paraissent relativement illusoire.
14. Le service de réadaptation professionnelle de l'AI a établi un rapport le 9 février 2007. Il en ressort que l'assuré est persuadé qu'il n'est plus en mesure de travailler ; il est actuellement centré sur ses douleurs et estime qu'une éventuelle mesure professionnelle sera vouée à l'échec. Aussi le service de réadaptation a-t-il estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied des mesures professionnelles en ce sens que les chances qu'elles puissent aboutir et permettre à l'assuré d'améliorer sa

capacité de gain sont faibles en l'état, au vu de l'absence de motivation. Le degré d'invalidité de l'assuré a dès lors été calculé, au moyen des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), sur la base :

- d'un revenu sans invalidité pour l'année 2003 de 68'616 fr. et d'un revenu d'invalidité de 17'324 fr., compte d'une capacité de travail de 30% dès le 14 février 2002, ce qui donne un degré d'invalidité de 75% et, partant, l'octroi d'une rente entière dès février 2003.
- d'un revenu sans invalidité pour l'année 2005 de 69'529 fr. et d'un revenu d'invalidité de 28'876 fr., compte tenu d'une capacité de travail de 50% dès juillet 2005, ce qui donne un degré d'invalidité de 58% et, partant, l'octroi d'une demi-rente dès octobre 2005.
- d'un revenu sans invalidité pour l'année 2005 (année 2006 pas encore publiée) de 69'529 fr. et d'un revenu d'invalidité de 46'201 fr., compte tenu d'une capacité de travail de 80% dès mai 2006, ce qui donne un degré d'invalidité de 34%, soit un taux insuffisant pour justifier le maintien d'une rente dès août 2006.

15. Le 19 février 2007, l'OCAI a transmis à l'assuré un projet d'acceptation de rente en ce sens, soit une rente entière dès le 14 février 2003 et une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2005, limitée au 31 juillet 2006.
16. L'assuré, représenté par ASSISTA TCS, a contesté ce projet, ce par courrier du 9 mars 2007, complété le 28 mars 2007.
17. Le 30 mars 2007, le Dr C_____ s'est adressé à l'OCAI, rappelant que le patient souffrait d'un problème dégénératif (polyarthrose grave) qui rendait clairement tout à fait impossible la poursuite de son activité professionnelle. Cette maladie dégénérative des articulations étant tout à fait irréversible, il n'y avait aucune raison médicale pour pouvoir avancer le fait que sa capacité de travail s'était améliorée à partir de juillet 2005 et davantage à partir de mai 2006.
18. Invitée à se déterminer, la Dresse E_____ du SMR a, dans une note du 1^{er} mai 2007, rappelé que sur le plan somatique, l'OCAI avait admis une incapacité de travail totale en raison d'un trouble ostéo-articulaire dès le 14 février 2002 dans l'ancienne activité, que dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 50% dès le 1^{er} juillet 2005 et de 80% dès mai 2006 et ce uniquement en raison du trouble psychique qui s'était amélioré selon l'expertise effectuée par le Dr G_____ le 29 août 2006.

Elle en conclut que le Dr C_____ n'a pas compris les raisons qui ont amené l'OCAI à constater une amélioration de l'état de santé de l'assuré.
19. Par décision du 5 juillet 2007 l'OCAI a confirmé son projet.

20. L'assuré, représenté par Maître Benoît CHARDONNET, a interjeté recours le 10 septembre 2007 contre ladite décision. Il conteste la valeur probante des expertises, reproche à l'OCAI de l'avoir soumis à des expertises rendues au coup par coup sans qu'il n'y ait aucune coordination entre elles. Il considère en effet qu'une expertise pluridisciplinaire aurait été plus adéquate. Il estime par ailleurs que l'OCAI a fait l'économie d'un stage de réadaptation professionnelle et qu'il devrait pouvoir bénéficier de mesures de reclassement. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il conteste le montant retenu par l'OCAI à titre de salaire sans invalidité et demande à ce qu'un taux d'abattement supplémentaire soit pris en considération. Il conclut au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2006 et subsidiairement, à la prise en charge de mesures de réadaptation.
21. Dans sa réponse du 29 octobre 2007, l'OCAI constate que les expertises rendues dans le cas d'espèce ont toutes valeur probante. S'agissant du salaire sans invalidité, il rappelle que celui-ci a été déterminé sur la base des chiffres fournis par l'employeur, puis adaptés selon l'indice suisse des salaires nominaux, soit conformément aux principes jurisprudentiels applicables. Il admet en revanche que c'est à tort qu'il n'a procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidité du recourant et propose d'en admettre un de 15%. L'OCAI conclut dès lors à l'admission partielle du recours sur ce point et au rejet pour le surplus.
22. Par courrier du 10 décembre 2007, l'assuré persiste dans les termes de son recours, souligne la nécessité de procéder à une expertise pluridisciplinaire, reproche à l'OCAI la lenteur de la procédure, laquelle explique "une certaine démotivation de l'assuré, contestée ce jour mais quoi qu'il en soit compréhensible du fait des incertitudes liées à sa situation et à la durée de la procédure" et considère que l'abattement à retenir devrait être de 20%, et non de 15% comme finalement retenu par l'OCAI. Il produit deux rapports complémentaires, établis le 4 décembre 2007 l'un par le Prof. B_____ et le second par le Dr J_____, actuel médecin traitant.
23. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition des Drs C_____ et H_____ ainsi que la comparution personnelle des parties, le 29 avril 2008.

Le Dr C_____ a déclaré :

"Je suis le médecin traitant de Monsieur T_____ depuis 2002 environ.

Il m'est donné connaissance des diagnostics posés par le Prof. F_____ dans sa seconde expertise du 15 mai 2006. J'ajouterais les suivants : omarthrose bilatérale (épaules), cervicarthrose, rétrécissement canalaire lombaire d'origine dégénérative en L2-L3.

Rien ne permet d'affirmer que l'assuré présente un syndrome d'amplification des plaintes. Je n'ai par ailleurs pas constaté de différence entre 2004 et 2006.

Je confirme l'incapacité totale de travailler de l'assuré dans sa profession antérieure. En revanche dans une activité adaptée à ses limitations, il serait bien d'envisager une activité à mi-temps d'abord et de faire le point au bout d'un certain temps. Je pense qu'il faudrait l'aider à trouver un emploi. Le problème dans son cas est qu'il est resté longtemps sans activité, sans que des solutions lui soient proposées. Je rappelle qu'il a effectué un stage à l'issue duquel rien ne lui a été proposé, et rien ne lui a été notifié. L'AI lui avait laissé entendre qu'il serait aidé mais rien n'a été fait.

Je précise que la polyarthrose dont l'assuré souffre peut être qualifiée de sévère vu son âge. Une polyarthrose de cette ampleur serait plutôt vue chez un patient de 65 ans. Elle a en l'espèce été favorisée vraisemblablement par l'activité qu'il exerçait. Elle devrait lui permettre néanmoins d'exercer une activité sédentaire, étant précisé qu'elle ne peut que s'aggraver.

La liste des limitations peut être la suivante : pas de port de charges de façon régulière supérieures à 5 kg, pas de port de charges supérieures à 10 - 15 kg. Pas de longs déplacements de plus de 300 à 400 mètres, sauf exceptionnellement. Les positions doivent pouvoir être alternées".

La Dresse H_____ a déclaré :

"Je suis le médecin traitant psychiatre de l'assuré depuis le 18 mai 2005.

Le Dr C_____ me l'avait adressé en raison d'un état dépressif persistant avec ruminations sur le présent et l'avenir.

J'ai pu constater un état dépressif sévère. J'ai établi une suspicion d'apnée du sommeil pour laquelle je l'ai adressé au Dr I_____, pneumologue, pour investigations, ainsi qu'au Centre d'investigations du sommeil. J'ai par ailleurs préconisé une perte pondérale.

J'ai obtenu une amélioration assez rapidement quant à l'irritabilité et aux ruminations, grâce à la mise en place d'un traitement antidépresseur. Il n'y a plus eu de somnolences diurnes grâce à l'utilisation du CPAP, de sorte que l'état dépressif peut être à présent qualifié de léger.

Je l'ai vu la dernière fois au cours du premier trimestre 2007.

Je voudrais souligner le contexte somatique complexe (polyarthrose, diabète, hypertension, cholestérol, prostatisme, asthme, obésité). J'ai pu constater que le patient présentait des pics d'anxiété liés à l'expectative (convocations, absence de réponses, attentes, ...), ce qui amenait des décompensations. Je lui ai prescrit un traitement de stabilisateur d'humeur, dont l'effet secondaire a permis une perte de poids de 10 kg, ce qui a été favorable.

Je sais que le patient continue son traitement d'antidépresseur (prescrit actuellement par son médecin traitant).

J'ajoute que lorsque le patient m'a consultée, il venait de subir un échec à la suite d'un stage de réinsertion. Il avait en effet eu des difficultés en raison de sa polyarthrose à maintenir une même position longtemps, en raison de sa somnolence diurne et en raison de son irritabilité. Il était découragé, donc peu motivé.

Il disait toujours qu'il aurait continué à travailler si son état physique le lui avait permis. Nous n'avons toutefois pas parlé ensemble de réinsertion".

L'assuré a contesté lors de son audition avoir dit qu'il n'avait pas envie de retrouver un travail et a rappelé qu'après un mois et demi de stage OSER, il avait été conclu qu'il était inapte sur le circuit économique normal.

24. Sur ce 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 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 17 janvier 2005 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné 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 LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient qu'il en soit relevé que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente au-delà du 31 juillet 2006, et, le cas échéant, à des mesures de réadaptation professionnelle.
5. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 et les références). D'après les art. 41 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et 17 LPGA (applicable à compter du 1er janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 et les références).
6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a 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).

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 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 importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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 la jurisprudence citée).

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 de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il convient également que rappeler que, pour ce qui concerne 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'espèce, l'OCAI a refusé à l'assuré toute prestation AI au-delà du 31 juillet 2006, se fondant sur les rapports d'expertise du Prof. F _____ et du Dr. G _____ et leurs compléments respectifs.
8. Le Tribunal de céans constate que les expertises réalisées par les Drs F _____ et G _____ remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur attribuer pleine valeur probante. Ils ont expliqué en quoi consistait les atteintes à la santé de l'assuré, leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a aucune raison de s'en écarter.
9. L'assuré le conteste cependant, reprochant à l'OCAI de l'avoir soumis à des expertises rendues "au coup par coup" et considère qu'une expertise pluridisciplinaire aurait été plus adéquate.

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

Le Tribunal de céans renoncera d'autant plus à ordonner une expertise pluridisciplinaire en l'espèce qu'il y a lieu de constater que les deux experts ont eu la possibilité, chacun, de prendre connaissance des rapports médicaux établis dans l'autre discipline que la leur et en ont ainsi dûment tenu compte.

10. Il n'est pas contesté que l'assuré présente une incapacité de travail entière en qualité de ferrailleur. Il peut en revanche travailler dans une activité adaptée à 80% selon le

Prof. F_____, étant précisé que l'examen clinique effectué en 2006 est superposable pour les genoux et meilleur pour la colonne vertébrale qu'en 2004.

Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ a retenu en 2005 un état dépressif majeur de gravité moyenne, tout en constatant que la mise en place d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H_____ avait amélioré l'état de l'assuré. Il évaluait alors la capacité de travail à 50%. En août 2006, il a confirmé l'évolution favorable, au point que la symptomatologie anxio-dépressive était tenue et, visiblement, n'interférait ni avec la qualité de vie ni avec son fonctionnement extra-professionnel. La capacité de travail pouvait être ainsi fixée à 80% au minimum depuis le 15 mai 2006 avec un rendement égal ou supérieur selon les limitations somatiques décrites par le Prof. F_____.

Le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil a également été posé, diagnostic au sujet duquel le Dr I_____ a été plus particulièrement consulté. Celui-ci a, dans son rapport du 13 octobre 2005, constaté que l'état de l'assuré s'était amélioré.

Il est vrai enfin qu'à l'issue du stage OSER effectué du 15 décembre 2003 au 8 février 2004, il avait été conclu à une capacité résiduelle de travail de 30%. Il y a toutefois lieu de relever à cet égard que l'assuré souffrait à l'époque d'un état dépressif qualifié par le Dr G_____ de majeur.

Force est en conséquence de constater que l'état somatique de l'assuré n'a certes pas subi de modification déterminante depuis février 2002, qu'en revanche le trouble psychique s'est amélioré, de sorte que les experts ont évalué la capacité de travail exigible à 50% dès juillet 2005 et à 80% dès mai 2006.

11. Il s'agit dès lors de déterminer si les appréciations des Drs H_____ et C_____ sont de nature à mettre en doute les conclusions des experts. Ceux-ci ont à cet égard été entendus par le Tribunal de céans le 29 avril 2008.

Le Dr C_____ a confirmé l'absence de modification de l'état de santé de son patient sur le plan somatique. Il n'a par ailleurs pas nié que celui-ci pourrait exercer une activité sédentaire dans une certaine mesure.

La Dresse H_____ a déclaré avoir obtenu une amélioration assez rapidement quant à l'irritabilité et aux ruminations grâce à la mise en place d'un traitement antidépresseur. Elle a précisé que l'état dépressif de son patient avait ainsi passé du stade sévère à celui de léger.

Le Tribunal de céans relève que les avis des médecins traitants viennent en réalité à l'appui des conclusions faites par les experts. La capacité de travail, telle que retenues par l'OCAI dès mai 2006, ne peut dès lors être que confirmée.

Reste à déterminer le degré d'invalidité.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

12. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. L'OCAI a à juste titre pris en considération les chiffres résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2005 pour établir le revenu avec invalidité.
13. L'assuré conteste encore le taux d'abattement supplémentaire de 15% finalement admis par l'OCAI dans sa réponse du 29 octobre 2007. Il considère qu'il devrait être de 20%.

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 consid. 5b/aa cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

La déduction de 25% n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01).

Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées.

Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b, 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9).

La réduction des salaires ressortant des statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution

que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

En l'espèce, le taux d'abattement pris en considération par l'OCAI de 15% n'est, au vu de ce qui précède, pas critiquable.

14. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné : cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270).

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 sauvegardée ou améliorée (al. 1). 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). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite,

puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase 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. 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 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

En l'espèce, l'assuré a ainsi droit à des mesures de réadaptation. L'OCAI a cependant estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied de telles mesures du fait que les chances qu'elles puissent aboutir et permettre à l'assuré d'améliorer sa capacité de gain sont faibles en l'état, au vu de l'absence de motivation. L'assuré a quant à lui nié avoir déclaré qu'il ne voulait pas retravailler. La Dresse H_____ a confirmé qu'il aurait souhaité reprendre un emploi si son état physique le lui permettait.

Le Tribunal de céans relève qu'il est ainsi vraisemblable que l'assuré montre peu de motivation à entreprendre une formation dans un domaine nouveau pour lui. Il se justifie dès lors de laisser à l'assuré la possibilité de prendre directement contact avec l'OCAI s'il envisage de se soumettre à une mesure de réadaptation.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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