

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3416/2007

ATAS/551/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 12 mai 2009

En la cause

Monsieur F_____, domicilié à GENEVE, représenté par
CAP Protection juridique

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré), né en 1945, est arrivé en Suisse en 1964 et a travaillé en tant que boulanger pour X_____ SA de 1966 au 30 juin 2002. Il a perçu des indemnités de chômage dès le mois d'octobre 2002 et des prestations complémentaires en cas de maladie (PCM) dès le 5 septembre 2003.
2. Le 30 juin 2004, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) tendant à l'octroi d'une rente, d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a indiqué qu'il souffrait, depuis le 5 septembre 2003, d'un état dépressif, d'une ostéoporose et d'une atteinte liée à sa colonne vertébrale.
3. Par rapport du 30 août 2004, le Dr L_____, médecin traitant et spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur avec mélancolie, alitement et perte de mémoire, existant depuis juin 2003, de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit et de protusion discale L3-L4, présents depuis décembre 2003, ces diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail. Ont également été posés les diagnostics de lombo-cervicalgies sur ostéoporose avec déficit en vitamine D, d'hypertrophie bénigne de la prostate et de polype du colon sur adénome avec dysplasie, diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a indiqué que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dès le 5 septembre 2003 dans sa précédente profession et n'a pas déterminé s'il pouvait exercer une autre activité. Les limitations fonctionnelles concernaient l'inclinaison du buste, la position accroupie et à genoux, le fait de se baisser, les horaires de travail irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et le fonctionnement intellectuel normal. Il a précisé que la dépression dont souffrait l'assuré était sévère et le poussait à s'aliter, à s'enfermer et à ne plus communiquer avec sa famille.
4. Dans un rapport du 8 octobre 2004, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de dépression névrotique équivalent à un état dépressif majeur, existant depuis 2003 et ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait, d'après lui, une personnalité pathologique depuis 2003, qui avait été « compensée jusqu'à son licenciement professionnel ». Il existait notamment une inhibition, une passivité et une angoisse. L'incapacité de travail était de 100% depuis le mois de septembre 2003.
5. Par décision du 9 décembre 2004, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement, ce dernier ayant déclaré que son incapacité totale de travail était définitive et qu'il n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle.

6. Par questionnaire du 26 mai 2005, l'employeur de l'assuré a informé l'OCAI que c'était l'assuré qui avait mis fin aux relations de travail.
7. Sur requête de l'OCAI, le Dr M_____ a précisé qu'une personnalité pathologique correspondait à une personnalité borderline et qu'il s'agissait d'un grave défaut dans la construction de la personne d'un point de vue quantitatif ou qualitatif. L'assuré, qui avait travaillé en tant que manœuvre dans une boulangerie pendant très longtemps, n'avait pas réussi à s'adapter lors de la restructuration de l'entreprise. Il souffrait notamment d'une angoisse insupportable, d'insomnies, de problèmes de concentration, de compréhension, de fatigue et de panique.
8. Sur demande du SMR, une expertise bidisciplinaire a été diligentée par les Drs N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, tous deux médecins au Centre d'expertise médicale (CEMed) à NYON. Ils ont examiné l'assuré le 8 février 2007 et ont rendu leur rapport en date du 2 avril 2007. Ils ont retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le mois de septembre 2003, d'ostéopénie d'origine indéterminée, traitée (M80.5), de discrètes atteintes dégénératives rachidiennes discopathiques cervico-lombaires banales sans répercussion radiculaire ni myélopathique actuelle (M47.8), de status après ablation d'un polype banal digestif, de PSH (périarthrite scapulo-humérale) modérée bilatérale, de status après cures de varices, de status après bursectomie du genou droit et de prostatisme modéré sur adénome stable depuis 2004. Aucun des diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail.

Les experts ont notamment expliqué que, sur le plan somatique, les atteintes dégénératives tant cervicales que lombaires n'avaient pas valeur pathologique, étant précisé qu'elles se retrouvaient chez 80% de la population ayant atteint la soixantaine. Il n'existait aucun signe de souffrance radiculaire irritative ou déficitaire, de souffrance tendino-ligamentaire ou de présence de points de fibromyalgie. Quant aux douleurs cervico-brachiales diffuses et lombaires, elles n'étaient pas évocatrices d'une atteinte symptomatique spécifique, mais étaient plutôt englobées dans un contexte de fatigue générale et d'insatisfaction liée à ses perspectives professionnelles. Ils ont estimé que l'état de santé somatique de l'assuré était stationnaire depuis 2003, toutefois, au mois de novembre 2004, son épaule gauche avait été plus symptomatique en raison d'un conflit sous-acromial, ce qui avait pu donner lieu à une incapacité de travail temporaire partielle.

Sur le plan psychique, l'assuré présentait une personnalité assez rigide, ayant pour conséquence des difficultés d'adaptation à des changements d'organisation dans sa vie. Suite à son refus d'accepter son transfert professionnel à Ecublens, l'assuré avait développé un sentiment de culpabilité qui avait entraîné une réaction dépressive sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. D'après les experts, le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'avait

pas à être retenu, attendu que l'assuré n'avait pas d'antécédent. Actuellement, la réaction dépressive était tout au plus d'intensité légère et il n'existait pas de dépression majeure. Il ne présentait pas non plus de ralentissement psychomoteur, d'état de tristesse ou de troubles cognitifs manifestes. Les experts ont relevé que l'assuré avait une tendance nette à majorer ses plaintes et à se montrer très suggestible lors de l'anamnèse orientée. Il était capable, d'après eux, de supporter des horaires irréguliers dans le cadre de la profession de boulanger, n'ayant aucune plainte concernant son sommeil.

En conclusion, aucune diminution de rendement ou limitation fonctionnelle tant sur le plan physique que psychique ne pouvait être retenue. La capacité de travail de l'assuré était de 100% dans l'activité précédemment exercée.

9. Le 3 mai 2007, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de refus de droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, ce dernier présentant une entière capacité de travail.
10. Par courrier du 31 mai 2007, l'assuré a contesté ledit projet de décision.
11. Dans un courrier du 6 juin 2007 à l'OCAI, le Dr P _____, nouveau psychiatre traitant, a indiqué que l'assuré présentait un état dépressif moyen (F32.1) avec humeur dépressive, une perte d'intérêt et de plaisir, une augmentation de la fatigabilité, des troubles du sommeil et une baisse de l'appétit. L'état dépressif s'était greffé sur un trouble de la personnalité anxieuse (F60.6). Le médecin a expliqué que l'assuré avait des « explosions de colère » dans le cadre de situations sociales banales. Selon lui, l'assuré souffrait énormément et était dans l'incapacité d'exercer sa profession antérieure.
12. Par décision du 7 juin 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
13. Par acte du 12 septembre 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans concluant à l'octroi de prestations d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2004. Il a indiqué qu'au vu des avis contradictoires des experts du CEMed et de ses médecins psychiatres, il avait décidé de confier une expertise psychiatrique neutre au Dr Q _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin à la Clinique de Belle-Idée, et a sollicité la suspension de la procédure jusqu'à la prise de connaissance dudit rapport.
14. L'OCAI ne s'y opposant pas, le Tribunal de céans a, par ordonnance du 29 octobre 2007, suspendu l'instruction de la présente cause en application de l'art. 78 let. a LPA.
15. Par courrier du 23 octobre 2008, l'assuré a complété les termes de son recours et conclu, à titre préalable, à l'audition de ses médecins traitants et, principalement, à

l'octroi d'une demi rente d'invalidité au moins dès le 1^{er} septembre 2004. Il a produit :

- le rapport d'expertise du 14 novembre 2007 du Dr Q_____, d'après lequel les diagnostics retenus d'épisode dépressif léger et de traits de personnalité anankastique et de personnalité anxieuse n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Selon l'expert, le problème majeur de l'assuré est lié aux traits pathologiques de sa personnalité, soit à sa rigidité mentale, sa susceptibilité, ses difficultés à contrôler sa tension et à maîtriser sa colère. Ces traits pathologiques, qui se sont accentués depuis quelques années, ont altéré ses relations sociales et peuvent avoir des conséquences négatives dans le cadre de l'exercice d'une activité lucrative. Il a également estimé que l'assuré présentait des difficultés à s'adapter à des horaires variables pouvant désorganiser son sommeil et le conduire à une rechute dépressive plus sévère. La capacité de travail de l'assuré était ainsi entière dans sa profession antérieure, étant précisé que l'horaire de travail devait être régulier, qu'il fallait tenir compte des traits pathologiques de sa personnalité et réduire au minimum les interactions avec autrui. L'expert a retenu une baisse de rendement de 20 à 30%, en raison de la fatigabilité et d'une certaine lenteur dans l'exécution des tâches, laquelle était liée à la dépression et aux caractéristiques obsessionnelles (perfectionnisme) de l'assuré. Il a cependant précisé que si la lenteur avait été alléguée par l'assuré, elle n'avait pas été constatée en entretien. Le Dr Q_____ a ainsi conclu que l'état clinique de l'assuré était très proche de celui exposé par les médecins du CEMed, étant précisé que ses conclusions différaient des leurs uniquement en deux points, soit en ce qui concernait la baisse de rendement et les limitations fonctionnelles ;

- un courrier du 8 mai 2008 du Dr L_____, lequel considère que l'assuré présente un état dépressif sévère et non seulement léger. En effet, il reste prostré au lit durant des journées entières, incapable de se lever avec des comportements agressifs et colériques envers sa famille. De plus, alors même qu'il est sous médication psychogène importante depuis cinq ans, il n'arrive pas à « émerger de son état dépressif et mélancolique » ;

- un courrier du 17 mars 2008 du Dr P_____, qui a expliqué que l'assuré avait présenté au début des consultations un état dépressif moyen (F32.1), s'étant amendé, de sorte qu'un état dépressif léger avait été observé par la suite. Les troubles dépressifs de l'assuré étaient la conséquence d'un trouble de personnalité anxieuse (F60.6). Les phobies d'impulsion hétéroagressives traduisaient la décompensation de sa structure de personnalité anxieuse. Le médecin a conclu à une incapacité de travail ;

- un courrier du 21 juillet 2008 du Dr R_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a estimé que les troubles psychiques de

l'assuré entraînaient une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de boulanger.

L'assuré a soutenu qu'au vu des rapports de ses médecins traitants, sa capacité de travail était de 50% au maximum. De plus, il y avait lieu de tenir compte dans sa capacité de travail des limitations exposées par l'expert et par le Dr L_____. Enfin, il a fait valoir que, compte tenu de son âge, de son expérience et de ses limitations, une mesure de réadaptation paraissait irréaliste et a souligné qu'il ne saurait retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

16. Par avis du 1^{er} décembre 2008, la Dresse S_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR), a expliqué que le rapport du Dr Q_____ était contradictoire en ce sens que l'état dépressif n'entraînait pas d'incapacité de travail, mais conduisait à une baisse de rendement. Par ailleurs, elle a considéré que les diagnostics de personnalité anankastique et de personnalité anxieuse ne pouvaient pas être retenus, attendu que les critères de la CIM-10 n'étaient pas suffisamment présents. Elle a également exposé que l'assuré avait travaillé de nombreuses années avec des horaires irréguliers, sans qu'un épisode dépressif ne soit apparu ; l'état dépressif de l'assuré s'était déclaré, d'après elle, en raison de la longue période de chômage. Enfin, « l'évitement des interactions avec autrui » ne devait pas être considéré comme une limitation fonctionnelle, attendu qu'il avait pu travailler antérieurement de manière ordinaire. Le médecin ne comprenait du reste pas les raisons qui avaient amené l'expert à conclure à des baisses de rendement.
17. Dans son préavis du 16 décembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a considéré que l'expertise bidisciplinaire des médecins du CEMed revêtait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que celle du Dr Q_____ était incomplète, conformément à l'avis du SMR du 1^{er} décembre 2008.
18. Par réplique du 19 janvier 2009, l'assuré a soutenu que le rapport du Dr Q_____ avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'il y avait lieu de suivre tant ses conclusions que celles de ses médecins traitants. Il a notamment constaté que les limitations concernant les horaires irréguliers et les interactions avec autrui étaient la conséquence de son état de santé psychique. Il a joint à sa réplique un fax du 15 janvier 2008 du Dr L_____, aux termes duquel les douleurs dorso-lombaires avaient augmenté en raison de l'ostéoporose qui s'était elle-même péjorée depuis le mois de juillet 2008. De plus, l'état anxio-dépressif s'était également aggravé, nécessitant un changement de médication.
19. Par avis du 9 février 2009, la Dresse S_____ a indiqué que le courrier du mois de janvier 2009 du Dr L_____ n'était pas susceptible de modifier son avis du 1^{er} décembre 2008. En effet, elle a considéré que l'augmentation des douleurs dorso-lombaires était subjective en l'absence de fracture et que le médecin

traitant n'avait pas décrit de status psychiatrique permettant de mettre en lumière une aggravation des troubles psychiques de l'assuré.

Par duplique du 17 février 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

20. Suite à la transmission de la duplique de l'OCAI à l'assuré, 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue en date du 7 juin 2007 et le droit éventuel à une rente débute au plus tôt au mois de septembre 2004. La LPGA et les modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision), sont dès lors applicables.

3. La décision sur laquelle porte le recours est parvenue à l'assuré en date du 19 juillet 2007, de sorte que le délai de recours arrive à échéance en date du 14 septembre 2007 (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b p.a. LPGA).

Le présent recours a ainsi été interjeté dans le délai légal et respecte également les exigences de forme (art. 56 à 61 LPGA).

4. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA)
6. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

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).

7. Le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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).

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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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).

8. En l'espèce, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, aux termes de laquelle ont été retenus les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le mois de septembre 2003, d'ostéopénie d'origine indéterminée, traitée (M80.5), de discrètes atteintes dégénératives rachidiennes discopathiques cervico-lombaires banales sans répercussion radiculaire ni myélopathique actuelle (M47.8), de status après ablation d'un polype banal digestif, de PSH (périarthrite scapulo-humérale) modérée bilatérale, de status après cures de varices, de status après bursectomie du genou droit et de prostatisme modéré sur adénome stable (depuis 2004). Aucun des diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont considéré que l'assuré ne présentait ni diminution de rendement ni limitation fonctionnelle tant sur le plan physique que psychiatrique. Il était capable, d'après eux, de supporter les horaires irréguliers de la profession de boulanger, n'ayant aucune plainte concernant son sommeil. La capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité précédemment exercée.

Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise se fonde tout d'abord sur une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et médicale et sur les plaintes tant physiques que psychiques de l'assuré. Un examen clinique portant sur ses affections somatiques et psychiques a été effectué et les experts ont exposé leurs constatations objectives. Suite à une synthèse du cas, ils ont posé des diagnostics clairs et ont conclu de manière convaincante. Les experts ont, en effet, expliqué les raisons qui les conduisaient tant sur le plan somatique que psychique à conclure que l'assuré ne présentait ni d'incapacité de travail dans sa profession antérieure, ni de diminution de rendement ou de limitation fonctionnelle et ont exposé les conséquences de sa personnalité rigide. Les conclusions cohérentes de l'expertise n'apparaissent du reste pas en contradiction avec les constatations objectives et subjectives et le rapport ne contient pas d'indice permettant de mettre en cause leur bien-fondé. Ce rapport d'expertise revêt ainsi a priori pleine valeur probante.

9. Il y a lieu d'examiner si les rapports des médecins traitants ou l'expertise du Dr Q_____ sont propres à mettre en doute la valeur probante de cette expertise.

9.a. A cet égard, il sera rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

En l'espèce, cependant, les rapports produits par l'assuré dans le cadre de la procédure de recours sont dans l'ensemble à prendre en considération, en tant qu'ils portent sur des faits existants au moment de la décision litigieuse, une réserve étant faite en ce qui concerne le rapport du Dr L_____ du 15 janvier 2009, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de juillet 2008. A cet égard, il y a lieu de signaler qu'il est loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande fondée sur ladite aggravation.

9.b. Le Dr M_____, ancien psychiatre traitant, n'a pas établi de rapport suffisamment précis et complet permettant d'établir avec exactitude l'état de santé psychique de l'assuré. En outre, le Dr P_____, nouveau psychiatre traitant, rejoint l'avis des experts en ce sens qu'il a admis que l'état dépressif était en tous les cas devenu léger après une certaine période. Il ne s'est toutefois pas déterminé précisément sur la question de l'influence des diagnostics sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, les Drs L_____ et R_____ se basent plus sur les plaintes de l'assuré que sur des constatations objectives et posent des diagnostics liés à son état de santé psychique. Or, ces médecins ne sont pas psychiatres, mais respectivement spécialistes en endocrinologie, médecine interne et maladies rhumatismales, de sorte que leurs rapports ne sauraient avoir le même poids en ce qui concerne l'état de santé psychique de l'assuré que celui d'un spécialiste. Le Tribunal de céans doit ainsi constater qu'aucun des rapports des médecins traitants de l'assuré ne permet de remettre valablement en cause la valeur probante du rapport d'expertise.

9.c. Au vu de ce qui vient d'être exposé, il apparaît qu'une mesure d'instruction supplémentaire, telle que l'audition des médecins traitants n'est pas nécessaire, attendu que l'expertise bidisciplinaire a porté sur tous les points litigieux et que ses conclusions sont motivées et cohérentes.

9.d. Le Dr Q _____, expert mandaté par l'assuré, a, quant à lui, principalement posé le diagnostic d'épisode dépressif léger ne conduisant pas à une incapacité de travail et a ainsi considéré que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans la profession précédemment exercée. Il a conclu que son appréciation était proche de celle des experts COMAI. Cependant, son rapport diverge essentiellement de la leur en ce qu'il a retenu une diminution de rendement de 20 à 30% due à une fatigabilité et à une lenteur liée à l'état dépressif ainsi qu'aux caractéristiques pathologiques de sa personnalité. Il préconisait également des horaires réguliers et une réduction des interactions avec autrui.

Le Tribunal constate que la lenteur de l'assuré, sur laquelle le Dr Q _____ se fonde pour retenir une diminution de rendement, a uniquement été alléguée par l'assuré et n'a pas été constatée par l'expert en entretien, ce que ce dernier a explicitement exposé dans son rapport. Ainsi, ce rapport, contenant une conclusion basée uniquement sur les plaintes de l'assuré et non sur les constatations objectives de l'expert, ne saurait être propre à mettre en doute les conclusions du rapport clair et complet des experts COMAI.

9.e. Le rapport d'expertise COMAI présente ainsi pleine valeur probante, de sorte qu'il apparaît que la capacité de travail de l'assuré est entière dans l'activité précédemment exercée de boulanger.

10. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05).

11. En l'espèce, l'assuré présente une entière capacité de travail dans sa profession antérieure, de sorte que son degré d'invalidité est nul.

12. Le Tribunal de céans relève enfin que l'assuré cite, dans ses écritures du 23 octobre 2008, une jurisprudence du Tribunal fédéral tendant à déterminer dans quelle mesure il peut être exigé d'un assuré présentant un certain taux d'invalidité qu'il exerce une activité lucrative sur un marché du travail équilibré et permettant d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite. (cf. not. arrêts 9C_437/2008 du 19 mars 2009, 9C_612_2007 du 14 juillet 2008 ou I 1034/06 du 6 décembre 2007)

Il doit cependant être constaté que cette jurisprudence ne saurait s'appliquer dans le cas d'espèce, attendu qu'il a précédemment été établi que l'assuré, bien que proche de l'âge de la retraite, était capable d'exercer sa précédente activité de boulanger et que son degré d'invalidité était nul.

13. Par conséquent, la décision de l'OCAI concernant le refus de rente d'invalidité sera confirmée.

14. Reste à se prononcer sur le refus de l'OCAI de mettre l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation, sous la forme de mesures d'ordre professionnel.
15. À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

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).

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).

16. Dans le cas présent, attendu qu'il a été établi que l'assuré était, en tout état de cause, susceptible d'exercer sa profession antérieure de boulanger, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ou d'orientation professionnelle ne saurait être envisagée. La décision de l'OCAI sera ainsi également confirmée sur ce point.

17. Pour ce qui est d'une éventuelle aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, celle-ci pourra toujours être sollicitée par l'assuré directement auprès de l'OCAI, s'il fait preuve d'intérêt pour une telle prestation.

**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

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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