

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3927/2009

ATAS/389/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 19 avril 2010

En la cause

Monsieur G _____, domicilié au Grand-Lancy

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. M. G_____ (ci-après : l'assuré), né en 1976, de nationalité Suisse, marié, séparé de son épouse, est titulaire d'un CFC d'opticien depuis le 10 juillet 1998. Il a travaillé de 1998 à 2002 comme opticien et depuis le 4 juin 2003 pour la Croix-Rouge genevoise comme accompagnant Alzheimer, à l'heure et à la demande et depuis 2007 il réalise des travaux de moulage pour le directeur du département des sciences morphologiques à l'Université autonome de Barcelone.
2. Le 4 avril 2005, l'assuré a été opéré par le Dr L_____ en raison d'un diagnostic d'hernie discale L4 à L5 médiane. Le résumé de l'observation du 12 avril 2005 relève que le CT Scan du 4 avril 2005 a montré une grosse hernie médiane L4 à L5 non luxée, que les suites opératoires sont favorables avec une bonne réponse au niveau des symptômes neurologiques.
3. Le 28 août 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en raison de séquelles postopératoires d'une hernie discale.
4. Le 17 septembre 2008, la Croix-Rouge genevoise a indiqué que l'assuré était payé 26 fr. 47 de l'heure depuis le 1^{er} janvier 2008 et qu'il avait reçu un salaire de 7'687 fr. 40 en 2005, de 20'539 fr. 60 en 2006 et de 4'387 fr. 85 en 2007.
5. Le 6 octobre 2008, la Dresse M_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a indiqué avoir suivi l'assuré du 21 février 2003 au 13 septembre 2006 et l'avoir revu le 13 mars 2008 pour renouveler la prescription d'Efexor qui lui permettait de limiter sa consommation de cannabis. Elle a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état après discotomie L4-L5 opéré le 5 avril 2005, cataracte post-traumatique avec implant œil droit suite à un accident de 1981 et, sans effet sur la capacité de travail, de possible trouble bipolaire type II, suspecté depuis 2006 et consommation de cannabis depuis l'adolescence. L'assuré avait ressenti une douleur aigüe dans la fesse le 16 février 2005 douleur jusque-là occasionnelle, rendant impossible la station assise. Il avait bénéficié de traitement de physiothérapie et rééducation en 2005 et 2006 mais sans restitution ad integrum. Il présentait une claudication discrète, difficulté à lever le talon, tendance à perdre l'équilibre en cas de changement rapide de position. Sa formation académique avait été interrompue car il ne pouvait plus rester assis les heures nécessaires. Son rendement était définitivement réduit. Il n'avait plus la mobilité et l'aisance à se mouvoir nécessaire à l'exercice de sa profession d'opticien.
6. Le 29 octobre 2008, l'assuré a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré en indiquant qu'en bonne santé il exercerait une activité à 100 %, éventuellement à 80 % dans le domaine de l'optique, qu'il exerçait depuis 1999 une

activité à temps partiel car il était entré à l'Université de Genève en 2001, jusqu'en 2004. Qu'il était actuellement sans activité, soutenu par l'Hospice Général.

7. Le 5 janvier 2009, la Dresse N_____ du SMR a rendu un avis médical proposant une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, psychiatrique et éventuellement ophtalmologique).
8. A la demande de l'OAI, le CEMed SA a rendu le 2 juillet 2009 une expertise multidisciplinaire signée par les Drs O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie et P_____, FMH neurologie.

L'assuré se plaignait de la persistance après l'opération du 4 avril 2005 de douleurs au membre inférieur gauche, des douleurs lombaires avec irradiation douloureuse dans le membre inférieur gauche et des troubles proprioceptifs du pied gauche ainsi qu'une tendance à être morose, sombre, négatif et du point de vue ophtalmologique, de problèmes visuels à l'œil droit. L'assuré avait repris une activité du même type que celle d'accompagnant quatre heures par semaine. Il continuait à consommer du cannabis. Il souhaitait que l'assurance-invalidité lui offre une réorientation professionnelle et une nouvelle formation.

Sur le plan neurologique, il était posé le diagnostic de lombo-sciatalgies gauches après cure de hernie discale L4-L5 médio-bilatérale (05). Il existait une atteinte radiculaire L5, voire S1 gauche en relation soit avec une fibrose postopératoire soit avec un état séquellaire; une persistance / récurrence de hernie discale ne pouvant être écartée. Malgré cette atteinte, il n'y avait pas d'élément permettant de retenir une incapacité de travail significative dans une activité adaptée au handicap, soit légère, sans engagement physique lourd, port de charge de plus de 10 kilos et permettant des changements de position fréquents.

Sur le plan neuro-ophtalmologique, il était posé le diagnostic de status après traumatisme oculaire droit en 1983 avec pseudo phakie monoculaire droite, exophorie, myopie résiduelle, mydriase relative persistante. Une correction devrait être effectuée si une vision binoculaire était indispensable, si non une activité sans vision binoculaire était possible à 100 %.

Sur le plan physique, il était posé le diagnostic de dysthymie, dépendance au cannabis, probable trouble mixte de la personnalité, probablement depuis l'adolescence. Avec un effort de volonté et un appui psychothérapeutique, l'assuré devrait surmonter ses difficultés.

En conclusion, l'assuré présentait une capacité de travail complète comme accompagnant Alzheimer postérieurement à l'intervention chirurgicale de 2005, pour autant qu'elle ne nécessitait pas un engagement physique lourd.

9. Le 27 août 2009, la Dresse N. N_____ du SMR a estimé que dans l'ancienne profession d'accompagnant de malade ou d'opticien la capacité de travail était entière, sans limitations fonctionnelles.
10. Par projet de décision du 1^{er} septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
11. Le 29 septembre 2009, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il était étonné et déçu du refus de prestations, ce d'autant qu'il ne demandait pas de rente mais des mesures de réadaptation professionnelle, qu'il avait souffert du dos depuis la péridurale subie en 1993, qu'il s'était orienté vers des études universitaires car l'activité d'opticien n'était pas adaptée à ses douleurs dorsales, que la position assise avait occasionné d'autres douleurs, qu'il avait été licencié pour retards et manque d'entrain au travail, que des douleurs postopératoires (cure de hernie discale) avaient persisté le long du nerf sciatique ainsi que des sensations de déchirure, de chaleur, de brûlures, qu'il souffrait ainsi de douleurs chroniques, qu'il se servait d'une canne car il était chancelant lors de la marche, que ce handicap était incompatible avec le métier d'opticien (debout face au client), qu'un emploi d'opticien d'atelier serait aménageable mais qu'il ne trouvait pas une telle place, que son activité d'accompagnant ne lui permettait pas de mener une vie décente, qu'enfin une réorientation professionnelle lui permettrait de sortir de cette spirale descendante.
12. Par décision du 2 octobre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
13. Le 1^{er} novembre 2009, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en faisant valoir qu'il présentait des douleurs permanentes, quotidiennes, qu'il nécessitait une canne pour ses déplacements, qu'il était déjà handicapé dans les tâches quotidiennes, que l'activité d'accompagnant et d'opticien était effectuée essentiellement debout, penché en avant sans appui et n'était donc pas adaptée.
14. Le 25 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport du CEMed était probant.
15. Le 22 mars 2010, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Mon état s'est amélioré après l'opération en 2005 car il s'agissait d'un cas d'urgence mon nerf étant coincé. Je n'ai pas récupéré toute ma mobilité, je dois porter des chaussures montantes pour ma cheville gauche et je ne supporte pas la station debout. J'ai également des douleurs à droite. Je présente un dysfonctionnement au niveau électrique du côté gauche qui a été prouvé à l'examen et n'ai pas récupéré toute la sensibilité du pied gauche. Dans mon activité d'accompagnant Alzheimer j'avais la possibilité d'alterner les positions car je faisais avec les patients de la peinture ou de la sculpture. Comme opticien en revanche je

ne trouve que des activités de conseil à la clientèle soit un travail principalement exercé debout. Je pourrais exercer une activité alternée assise-debout. Je dois également faire des mouvements régulièrement pour soulager mon dos. J'aimerais pouvoir retravailler je demande d'ailleurs à l'AI des mesures de réinsertion et non pas une rente. Je suis soutenu par l'Hospice général. Je suis devenu inactif ce qui me frustre. J'ai également envie étudier mais il m'est difficile de subvenir à mes besoins parallèlement à mes études. Cela fait deux ans que je recherche un emploi dans l'optique. J'ai les qualifications pour un travail en atelier lequel serait adapté mais il y a moins de postes disponibles dans cette branche. Il y a en général un à deux postes en atelier par arcade. Je n'ai plus travaillé comme accompagnant Alzheimer car il y a une baisse de demande et également en raison de mon incapacité de travail mais je suis toujours en réserve auprès de la Croix-Rouge genevoise. Je suis d'accord avec la conclusion du CEMed selon laquelle je suis capable d'exercer une activité légère avec changement de position fréquent. En revanche il n'est pas juste de dire que je peux exercer mon ancienne activité d'opticien vendeur, ce travail demandant des positions penchées en avant qui sont inconfortables. Je suis également handicapé dans les tâches ménagères. Je suis titulaire d'un CFC d'opticien et je possède des modules en psychologie et sociologie mais sans licence. J'ai également cherché un emploi dans le milieu du social, EMS ou maison de quartier mais sans succès. La formation de travailleur social et souvent exigée. »

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) 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).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation, le recourant n'ayant pas conclu à l'octroi d'une rente, suite à sa demande du 28 août 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier

2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ainsi que des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 1^{er} septembre 2009, qui a été confirmé par la décision du 2 octobre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 1^{er} novembre 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'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 (art. 7 LPGA) (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 (art. 6 LPGA) (let. b).

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considère que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du

marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui

permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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).

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. 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 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).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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).

8. En l'espèce, le rapport du CEMed du 2 juillet 2009 répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Aucun autre avis médical ne vient d'ailleurs en contredire les conclusions. De surcroît, le recourant lui-même a déclaré qu'il était d'accord avec les conclusions de l'expertise, sous réserve de la reconnaissance d'une capacité de travail entière comme opticien-vendeur. Aux termes de cette expertise, le recourant a été reconnu apte à exercer une activité légère, à 100%, soit sans port de charges de plus de 10 kg, sans position essentiellement assise ou debout et ne nécessitant pas une bonne vision binoculaire. Les activités exercées jusqu'à maintenant, soit opticien et accompagnant Alzheimer ont été reconnues comme activités adaptées.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne présente aucun degré d'invalidité.

De surcroît, même si l'on devait admettre, compte tenu des explications données par le recourant concernant l'activité d'opticien-vendeur, que celle-ci n'est en réalité pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, force est de constater que le recourant admet qu'il est capable d'exercer une activité adaptée en atelier, de sorte que le degré d'invalidité est toujours inexistant. A cet égard, s'agissant des postes d'opticien en atelier, même si, comme l'a fait remarquer le recourant, ils sont bien moins nombreux que ceux d'opticien-vendeur, il ne s'agit pas de postes de travail irréalistes, lesquels ne pourraient être pris en compte pour admettre que l'activité est encore exigible au sens de la jurisprudence précitée (c.f. consid. 5 c supra).

En conclusion, le recourant ne présente aucun degré d'invalidité, de sorte qu'il n'a pas droit à une mesure de reclassement pour laquelle un degré d'invalidité de 20% environ est exigée (ATF 124 V 108). En outre, toute autre mesure de réadaptation n'est pas justifiée dès lors que le recourant a été reconnu apte à exercer ses deux anciennes activités, soit accompagnant Alzheimer et opticien.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est 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).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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