REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4380/2006 **ATAS/1377/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 29 novembre 2007

En la cause

Monsieur L_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anne-Laure HUBER	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en août 1953, est originaire du Kosovo. En Suisse depuis 1990, il a d'abord travaillé durant plusieurs années dans une grande entreprise en tant qu'étancheur puis, au cours de l'année 2000, il a trouvé un nouvel emploi de responsable de chantier. Son salaire horaire était de 26 fr. 65 (pce 8 OCAI) alors qu'en 1999, son revenu annuel s'est élevé à 61'095 fr. (56'565.- + 4'530 fr. ; pce 11 OCAI).

2. Dans le cadre de son activité professionnelle nécessitant des efforts physiques importants, l'assuré a été victime de plusieurs accidents. Le dernier et le plus important a eu lieu le 16 novembre 2001 : il a chuté sur le dos alors qu'il transportait un grand bac à fleurs et sa tête a heurté le sol. Depuis lors, l'assuré souffre de lombalgies et de vertiges de manière récurrente. Il a toutefois toujours précisé que cet accident n'avait fait qu'aggraver des douleurs présentes depuis 1991 déjà. A la suite de ce dernier accident, l'assuré a été dans l'incapacité totale de travailler.

3. Du 27 mars au 26 avril 2002, il a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA). L'assuré y a fait l'objet de plusieurs examens.

   - Le Dr A_____ a procédé à un examen neurologique (pièce 27 OCAI).

   Il ressort de son rapport que le patient souffre depuis 1991 de douleurs lombaires. Depuis la chute dont il a été victime le 16 novembre 2001, le patient s'est plaint d'une exacerbation des douleurs lombaires et d'une irradiation dans le membre inférieur droit.

   Le médecin a décrit le patient comme démonstratif avec des signes de non-organicité. L'examen neurologique n'a pas montré de signes d'atteinte radiculaire irritative ou déficitaire aux membres inférieurs et en particulier pas de signe d'atteinte L5-S1 à droite.

   Le médecin n'a pas exclu absolument un conflit radiculaire mais a noté que les douleurs décrites par le patient ne correspondaient pas à un territoire radiculaire spécifique et souligné que l'examen neurologique avait montré des signes de non-organicité.

   - Le Dr B_____ a procédé à un examen psychiatrique (pièce 27 OCAI).

   Ce médecin a relevé plusieurs éléments dépressifs avec baisse de l'estime de soi, plaintes, trous de mémoire attribuables à une baisse de la concentration et de l'attention, sentiment de dévalorisation, troubles du sommeil et irritabilité

accrue. Il n'a en revanche pas constaté de troubles anxieux spécifiques ni de troubles psychotiques.

Il a finalement posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive. Il a conclu à une symptomatologie dépressive d'intensité modérée s'inscrivant dans un trouble de l'adaptation après un accident de travail ayant entraîné des lombalgies ainsi que des céphalées et des vertiges.

Le médecin a attribué les plaintes du patient concernant sa mémoire à des troubles de concentration peut-être en lien avec la médication de Tramal, relativement élevée que le patient utilisait également comme somnifère. Il a relevé que pesait sur l'assuré une pression psychosociale importante vu son rôle de chef de famille et ses responsabilités financières importantes; selon le médecin, ces éléments contribuaient certainement à la surcharge psychologique.

- Le Dr C_____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'a pas exclu que la situation psychiatrique soit d'ores et déjà chronique et stabilisée.

S'agissant de la capacité de travail du patient, le Dr C_____ a souligné qu'un trouble de l'adaptation avec syndrome douloureux somatoforme persistant ne devrait pas dans ce cas donner lieu à une incapacité de travail psychiatrique stricto sensu significative mais devrait être intégré dans l'évaluation globale comme facteur aggravant. Il a précisé que ce trouble était avant tout déterminé par le contexte socio-culturel difficile

- Le Dr D_____, spécialiste en réadaptation générale a lui aussi relevé des signes de non-organicité. Il n'a pas constaté de réelle limitation des mouvements dorso-lombaires ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire.

S'agissant des vertiges, le médecin a estimé qu'il fallait déterminer s'il existait réellement un vertige d'origine périphérique sur cubulo-lithiase car les malaises pourraient avoir du moins en partie une composante fonctionnelle.

S'agissant de la colonne dorso-lombaire, le médecin a indiqué qu'on ne pouvait pas retenir d'anomalie objective à l'examen et a souligné que la spondylolise et le spondylolisthésis L5-S1 n'avaient pas varié depuis 1992. Il n'a pas exclu que ces anomalies radiologiques génèrent quelques lombalgies mais a précisé que le handicap fonctionnel démontré ainsi que les plaintes et l'expression de souffrance étaient largement disproportionnées. Le médecin a exprimé l'avis que la chute survenue en novembre 2001 ne jouait plus de rôle dans le tableau clinique lombaire.

Le Dr D_____ a conclu que, du point de vue orthopédique et traumatologique, aucun élément ne justifiait une incapacité de travail.

- Du rapport final de la CRR établi le 2 mai 2002, il ressort que le diagnostic primaire retenu est celui de thérapie physique et fonctionnelle. S'y ajoutent les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques, spondylolisthésis L5-S1 de stade 1, spondylolyse L5 bilatérale, spondylose dorsale en L4. Ont enfin été mentionnées à titre de comorbidités : de possibles vertiges paroxystiques bénins actuellement résolus, un trouble somatoforme persistant et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive.

Il a été précisé que les vertiges décrits par le patient ont été l'objet de deux évaluations par le Dr E_____, spécialiste en otorhinolaryngologie qui, sans permettre de nier l'existence d'un vertige paroxystique bénin quelques mois auparavant ont permis d'affirmer que le patient ne présentait plus de pathologie vestibulaire périphérique.

Les anomalies constatées au niveau psychologique n'ont pas permis de justifier une incapacité de travail sur ce plan.

Par ailleurs, les nombreuses investigations effectuées du point de vue du rachis et du point de vue neurologique n'ont pas permis non plus d'objectiver une atteinte pouvant expliquer le comportement douloureux du patient. De nombreuses discordances ont été notées. Il a été souligné qu'il était vraisemblable que des facteurs sortant du champ médical interviennent dans l'évolution subjectivement défavorable du patient.

Les médecins ont conclu qu'une reprise du travail était médicalement exigible à compter du 29 avril 2002.

4. A sa sortie de la CRR, l'assuré a tenté de reprendre une activité professionnelle mais a dû renoncer dès le lendemain. Depuis lors il n'a plus exercé la moindre activité lucrative.

5. Le 16 août 2002, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin-conseil de la caisse maladie FTMH. Ce médecin a constaté une totale incapacité de travail. Sous réserve d'une légère incertitude sur la cause accidentelle ou maladive de l'invalidité, il a conclu à la nécessité de considérer cette dernière comme totale et a ajouté que le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité était indispensable.

6. Dans un courrier daté du 30 août 2002, le Dr F_____ a exprimé la perplexité qui était la sienne suite à l'interrogatoire et à l'examen du patient ainsi qu'à la lecture du volumineux dossier SUVA. Il a admis que le patient ne souffrait certainement plus des séquelles de son accident du 16 novembre 2001. Selon lui,

l'état antérieur avait pris le dessus sur les plaintes exprimées depuis l'événement accidentel et expliquait à lui seul toute la symptomatologie. Le médecin a indiqué : "Je dois admettre que l'imagerie médicale est suggestive et explique l'ITT actuelle et laisse imaginer qu'il n'y aura jamais de reprise. S'il est vrai que l'examen clinique est peu subjectif, si la CRR de Sion laisse sous-entendre que l'ITT serait plutôt d'éthyologie psychologique, il n'en reste pas moins vrai qu'une objection à considérer le patient comme invalide à 100% serait réfutée vivement par un tribunal administratif en cas de recours. Force nous est d'admettre les démarches nécessaires auprès de l'AI pour une rente entière."

7. Le 20 décembre 2002, l'assuré a donc déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

8. Dans un courrier adressé le 9 juillet 2003 au Dr G_____, le Dr H_____, chef de clinique de neurochirurgie des HUG, a indiqué qu'après avoir revu le patient, qui avait décrit la persistance d'une douleur lombaire basse associée à une irradiation dans tout le membre inférieur droit, il avait constaté que l'examen neurologique montrait la persistance d'un sévère syndrome vertébral avec une distance doigts-sol d'environ 80 cm et des signes cliniques d'instabilité (pièce 27 OCAI).

9. Dans un rapport daté du 28 octobre 2003, le Dr G_____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants : syndrome lombaire chronique sur lyse isthmique L5 avec spondylolisthésis L5 sur S1 grade 1, discopathies étagées, status après tassement post-traumatique de L1 en mars 2000, sclérose des articulations sacro-iliaques, trouble somatoforme persistant, état dépressif, vertiges paroxystiques et troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale. Il a également mentionné, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : tabagisme et séquelles de maladie de Scheuermann. Selon le médecin traitant, ces troubles seraient présents depuis l'année 2000, voire même auparavant.

   Le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 21 mars au 13 juin 2000, du 30 octobre au 27 novembre 2000, du 16 novembre 2001 au 30 juin 2002 et depuis le 30 juillet 2002.

   Le médecin a expliqué que le patient avait été victime de multiples accidents du travail de sorte que ses lombalgies se sont chronicisées et sont devenues invalidantes : le patient souffre de douleurs et de blocage lombaire au moindre effort; les sciatalgies du membre inférieur droit l'empêchent de marcher plus de quinze minutes; il ne peut porter de charges; il se plaint également de céphalées et de cervicalgies, de troubles du sommeil, d'une symptomatologie vertigineuse fluctuante, de myalgies diffuses et d'une thymie triste.

Le Dr G_____ a estimé que la poursuite d'une activité telle que celle exercée précédemment, impliquant des charges physiques, était impossible. Il a également exclu l'exercice d'une autre activité en raison des symptômes somatiques et psychiques (pièce 23 OCAI).

10. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional Léman (SMR) et les Drs I_____ et J_____ ont émis un avis en date du 4 mai 2004.

    Ces médecins se sont basés sur le rapport de la CRR. Ils ont retenu que les investigations très approfondies menées par cette dernière avaient permis de mettre en évidence de nombreuses discordances entre les plaintes et les éléments objectifs ainsi que des signes et symptômes de non-organicité. Les documents radiologiques et les examens cliniques montraient un retour à la situation d'avant le dernier accident et ne permettaient d'objectiver aucune atteinte pouvant expliquer le comportement douloureux de l'assuré. La consultation neurologique avait permis d'exclure une atteinte radiculaire déficitaire ou irritative, la consultation ORL d'exclure une pathologie vestibulaire périphérique. Les diagnostics de trouble somatoforme persistant et troubles de l'adaptation avec réaction dépressive avaient été retenus par deux psychiatres différents, les Drs B_____ et C_____, sans justifier cependant aucune incapacité de travail

    Le SMR a considéré que l'évaluation multidisciplinaire de la CRR était très bien documentée et permettait de conclure, en tenant compte du rôle aggravant d'une pathologie psychiatrique, à une capacité de travail de 100% comme étancheur (pièce 35 OCAI).

11. Par décision du 13 mai 2004, l'OCAI a donc rejeté la demande de prestations de l'assuré (pce 36 OCAI).

12. Par courrier du 3 juin 2004, la FTMH, assurance-maladie et accidents a formé opposition contre cette décision. Elle a reproché à l'OCAI de s'être fondé uniquement sur le dossier SUVA et a produit son propre dossier en priant l'OCAI de bien vouloir revoir sa décision au vu de ces nouveaux éléments, plus récents.

13. Dans un rapport adressé au Dr G_____ le 20 juillet 2004, les Drs K_____ et M_____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont indiqué que le patient avait été suivi dans leur consultation du 26 février au 14 juin 2004. Ils ont conclu à des lombo-sciatalgies chroniques non déficitaires et souligné que les médicaments n'avaient qu'un effet limité sur les douleurs, de même que la physiothérapie antalgique. Les médecins se sont déclarés frappés par une expression de souffrance intense et de nombreux signes de non-organicité selon Wadell. Ils ont relevé que le patient limitait au minimum les mouvements dorso-lombaires en raison de sa douleur mais qu'en revanche, ils n'avaient décelé aucun

signe biologique ni clinique pour une pathologie inflammatoire. Il n'y avait pas non plus d'arguments pour évaluer une alternative chirurgicale et le port d'un corset s'était révélé inefficace. S'agissant de la capacité de travail du patient, les médecins ont estimé que l'assuré devrait être capable d'assumer un poste à 50% dans une profession adaptée, c'est-à-dire sans port de charges (pièce 58 OCAI).

14. Le Dr I_____, du SMR, a brièvement constaté, dans un avis daté du 27 septembre 2004, que le Dr F_____, dans la lettre du 30 août 2002, avait mentionné une fracture de L1 "séquelle d'un accident" alors que quatre mois auparavant, la même image avait été interprétée par les spécialistes de la CRR comme "séquelle de dystrophie de croissance dorso-lombaire". Le Dr I_____ a exprimé l'opinion que le rapport de la CRR était globalement nettement plus probant que l'avis du Dr F_____, lequel n'était pas étayé et comportait des contradictions internes. Il a par ailleurs fait remarquer que le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant devait être évalué par un psychiatre sous l'angle des critères de Mosimann. Pour des raisons juridiques, le SMR a proposé de clarifier ces questions par une expertise au COMAI de Genève.

15. Par décision sur opposition du 30 novembre 2004, l'OCAI a donc admis l'opposition et prononcé la réouverture de l'instruction.

16. Le centre d'expertise médicale a rendu son rapport le 8 mars 2005 (pièce 58 OCAI).

    Ce rapport a été établi sur la base du dossier médical, d'une anamnèse, d'un examen clinique, d'un examen spécialisé en rhumatologie et d'un examen spécialisé en psychiatrie. La quantification des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été estimée lors d'une conférence de consensus entre les médecins qui ont participé à l'expertise.

    De l'évaluation rhumatologique du Dr N_____, il ressort que l'assuré souffre d'un spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale de L5 sans signe d'instabilité mais avec des signes d'altération discale en L5-S1. Il présente également des séquelles de maladie de Scheuermann dorso-lombaire documentée. Lors de l'examen clinique, l'assuré s'est montré très démonstratif avec une démarche précautionneuse et des plaintes fréquentes lors de l'examen et de la moindre palpation ou mobilisation articulaire. L'examen du rachis est resté peu cohérent : les mobilités en position debout étaient fortement limitées et douloureuses dans toutes les amplitudes, alors qu'en position assise et en s'asseyant depuis la position couchée, le médecin a noté une mobilité du rachis relativement bien conservée. Les palpations sont restées difficiles mais le médecin n'a relevé ni dysfonction segmentaire précise ni contracture de la musculature para-vertébrale lombaire. Il a en revanche noté de nombreux signes de Wadell

évoquant un syndrome somatoforme douloureux persistant. L'examen neurologique s'est révélé normal.

En conclusion, le rhumatologue a retenu principalement le diagnostic de lombalgies chroniques en relation avec un spondylolisthésis de L5-S1 stable et un tableau de syndrome douloureux chronique qui semble prédominer. Du point de vue strictement rhumatologique, il a estimé qu'il y avait peu d'éléments cliniques ou radiologiques pouvant justifier une restriction de la capacité de travail. Le rhumatologue a cependant écarté le métier d'étancheur dont il a expliqué qu'il était contraignant pour le dos, vu la présence d'un spondylolisthésis avec discopathie L5-S1 significative. Il a cependant estimé dans un travail plus léger et moins contraignant pour le dos, il n'y aurait pas de restriction pouvant justifier une incapacité de travail, si ce n'est la présence d'un syndrome douloureux chronique dû à un vraisemblable déconditionnement psycho-physique présenté par l'assuré.

De l'évaluation psychiatrique du Dr O_____, il ressort que l'assuré souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le patient a été décrit comme souffrant d'une symptomatologie dépressive plutôt importante, accompagnée de douleurs diffuses et d'une anxiété qui font le tableau clinique d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatoforme. Le psychiatre a estimé que la symptomatologie dépressive en elle-même représentait une limitation de la capacité de travail de l'assuré d'environ 50%.

En définitive, les médecins on retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique sous forme d'un trouble douloureux chronique et un spondylolisthésis L5-S1. Ils n'ont trouvé aucune explication somatique aux douleurs constamment présentes. Vu l'absence d'un substrat somatique pour les douleurs diffuses mal systématisées, les médecins y ont vu une expression somatique de la souffrance psychique dont ils ont précisé qu'elle était susceptible d'amélioration avec un traitement psycho-pharmacologique et psychothérapeutique d'autant plus que l'assuré était demandeur d'une telle assistance thérapeutique et qu'il disposait d'une capacité d'introspection.

Les médecins ont conclu que l'assuré était inapte à reprendre son activité de couvreur en raison des lésions dégénératives du rachis et des douleurs diffuses dans le cadre de la dépression mais qu'en revanche, il était exigible de sa part qu'il exerce une activité évitant le port de charges, lui permettant de soulager son dos et de changer de position à raison de quatre heures par jour, ajoutant qu'après une amélioration de l'état psychique de l'assuré, une augmentation du temps de travail jusqu'à un horaire entier serait envisageable. Les médecins ont préconisé une réévaluation psychique à moyen terme un an et demi à deux ans après la mise en route d'une thérapie.

Les médecins ont précisé qu'au plan physique, compte tenu du spondylolisthésis et des troubles dégénératifs du rachis dorso-lombaire, l'assuré devait éviter de lever et porter de lourdes charges ou d'adopter des positions l'obligeant à incliner le torse vers l'avant; aux niveaux psychique et mental, il était limité par un épisode dépressif avec anhédonie, perte d'énergie vitale et de confiance en soi.

A la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, les médecins ont répondu par l'affirmative. Ils ont souligné les ressources existantes, à savoir la bonne scolarisation initiale de l'assuré et sa formation d'ingénieur et la faculté d'adaptation dont il a fait preuve en devenant rapidement dans son dernier travail la personne responsable. Les médecins se sont déclarés convaincus que l'assuré possédait les ressources intellectuelles pour être soumis à une réadaptation professionnelle dans un autre travail et qu'une fois le choix établi, il devrait pouvoir se réhabituer à un rythme de travail et se réintégrer dans un tissu social sans mesures spéciales.

17. De ce rapport d'expertise, le Dr I_____, du SMR, a retenu que les observations des médecins étaient divergentes quant à la limitation fonctionnelle induite par le spondylolisthésis. Cependant, il a admis que les arguments du Dr N_____ étaient médicalement recevables et qu'il était juste de considérer que l'activité d'étancheur n'était plus adaptée car trop contraignante pour le dos. Néanmoins, il a estimé que le trouble somatoforme douloureux et l'épisode dépressif moyen qui l'accompagne, ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité. Quant aux mesures professionnelles, il a estimé qu'elles étaient indiquées mais que toutefois, compte tenu du trouble somatoforme, il était prévisible qu'elles seraient mises en échec.

18. La division de réadaptation professionnelle, retenant une capacité de travail de 100% depuis le 16 décembre 2001 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (éviter le port répété de charges de plus de 15 kg et le travail en porte-à-faux du tronc) a procédé à une comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans son invalidité en 2002, soit 64'433 fr., et celui qu'il aurait pu obtenir malgré son invalidité la même année dans une activité simple et répétitive et compte tenu d'une réduction de 10% vu l'âge de l'assuré, soit 51'307 fr. (ESS 2002 tableau TA 1 : 4'557.- pour 40 h./sem., soit 4'751.- pour 41,7 h./sem., soit 57'008.- par an avant réduction de 10%). Elle a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 20,4%. Bien que le degré minimum pour l'octroi de mesures professionnelles soit atteint, la division de réadaptation professionnelle, suivant l'avis du SMR, a estimé que de telles mesures ne seraient pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité pour le moment et devaient en conséquence être refusées. Cependant, elle a ajouté que, sur demande expresse et motivée de l'assuré, une éventuelle mesure de placement pourrait être examinée (pièce 68 OCAI).

19. Par décision du 15 juillet 2005, l'OCAI lui a refusé l'octroi de prestations.

20. Le 14 septembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en faisant valoir qu'il y avait lieu de suivre les conclusions médicales émises dans le rapport d'expertise du 8 mars 2005.

21. Dans un courrier adressé au conseil de l'assuré le 29 septembre 2005, la Dresse A. P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 22 avril 2005 à sa consultation ambulatoire non seulement en psychothérapie mais également en traitement de la douleur chronique vu sa formation en soins palliatifs.

    La Dresse P_____ a affirmé qu'il lui serait difficile d'obtenir un résultat aussi attendu et rapide que celui évoqué par le Dr Q_____ en faisant remarquer que l'assuré n'était pas stabilisé sur le plan algique et que ses douleurs l'occupaient plus de dix heures par jour, sept jours sur sept, quelle que soit son activité. Elle a ajouté que le sommeil de son patient était perturbé sévèrement (plus de trois réveils par nuit) et que son état dépressif était sévère. Elle a fait valoir qu'il serait difficile de remobiliser en moins de six mois une personne ayant souffert d'algies chroniques depuis plus de deux ans. Elle a rappelé que l'état dépressif de son patient nécessitait la prise d'antidépresseurs. Elle a enfin précisé avoir découvert en date du 28 septembre 2005 un état inflammatoire des voies aériennes supérieures avec torticolis et tuméfaction des ganglions sus-claviculaires des deux côtés et a conclu à une incapacité totale de travailler de son patient (pce 82 OCAI).

22. La Dresse P_____ a encore adressé à l'OCAI un rapport le 12 décembre 2005. Elle y soutient que le chemin vers la reprise du travail sera de longue haleine et qu'il est inimaginable que l'assuré puisse travailler d'ici plusieurs mois sans avoir préalablement été traité pour ses problèmes algiques et sa dépression et qu'il devrait bénéficier d'une structure de réinsertion socio-professionnelle en parallèle au traitement.

23. Quant à lui, le Dr G_____ a indiqué que depuis 2003 l'évolution était peu spectaculaire puisque les plaintes douloureuses généralisées de lombalgies rendant la mobilisation et les activités quotidiennes pénibles persistaient. Il a mentionné que le suivi psychothérapeutique chez la Dresse P_____ semblait pouvoir lentement améliorer l'état dépressif du patient, qui avait repris quelques activités et projets : à l'instigation de la Dresse P_____, il avait débuté des cours de français mais éprouvait beaucoup de difficultés à rester assis durant les deux heures que durait le cours. Sur le plan respiratoire, le médecin a ajouté que l'assuré souffrait d'un syndrome obstructif chronique (COPD) aggravé d'un tabagisme important et qu'il avait présenté plusieurs épisodes de surinfection ayant nécessité l'association d'antibiotiques et de brèves corticothérapies. Le Dr G_____ a

émis un pronostic très réservé quant au syndrome lombaire, ajoutant qu'une amélioration de l'état global du patient passerait par une éventuelle stabilisation ou amélioration de sa thymie qui ne peut être réalisée en quelques semaines ni même en quelques mois (pièce 84 OCAI).

24. Dans un avis médical établi le 31 janvier 2006, le Dr I_____ a fait remarquer que l'incapacité totale de travailler attestée par les Drs P_____ et G_____ résultait du trouble douloureux somatoforme et de l'épisode dépressif moyen qui l'accompagne. Il a précisé que cette incapacité n'était pas mise en doute, raison pour laquelle il avait d'ailleurs conclu, dans son avis du 10 mai 2005, qu'il était prévisible que des mesures professionnelles seraient mises en échec. Le Dr I_____ a cependant estimé que les atteintes de l'assuré ne remplissaient pasw les conditions leur permettant de se voir reconnaître un caractère invalidant au sens de l'AI (pièce 89 OCAI).

25. Par courrier du 10 août 2006, le Dr G_____ a fait remarquer que selon le rapport de la CRR, son patient souffrait non seulement d'un trouble somatoforme douloureux mais également d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, d'un COPD modéré, d'un tabagisme chronique, d'un spondylolisthésis L5-S1, d'une spondylolyse bilatérale L5-S1, de vertiges et de chutes à répétition. Le Dr G_____ a encore informé l'OCAI que durant les huit derniers mois, l'état de santé de son patient n'avait guère évolué : l'état dépressif nécessitait toujours une prise en charge constante et des réajustements du traitement médicamenteux, le syndrome lombaire chronique avait été à de nombreuses reprises exacerbé, le syndrome obstructif chronique sur surinfections à répétitions avait été décompensé et la maladie de reflux symptomatique péjorée. Vu ce contexte médical global, le Dr G_____ a émis l'opinion que l'assuré serait incapable d'entreprendre un recyclage professionnel ou d'exercer une activité professionnelle (pièce 94 OCAI).

26. Quant à la Dresse P_____, elle a souligné que son patient avait dû être hospitalisé pour trouble dépressif majeur et que, suicidaire, il avait exprimé dans sa langue et en français des idées claires de passage à l'acte nécessitant des interventions en urgence à domicile et des restructuration dans le cadre familial. S'y ajoutaient des pneumonies, des bronchites chroniques, un COPD sévère motivant l'administration de cortisone malgré des effets indésirables sur le plan thymique, une adjonction d'opiacées et un sevrage progressif pour un syndrome de lombalgies aiguës, de gros troubles de la mémoire de travail et de la mémoire immédiate. Le médecin a conclu qu'il était difficile d'imaginer une quelconque activité physique adaptée quelle que soit la thérapie familiale ou cognitive appliquée (pièce 95 OCAI).

27. Par décision sur opposition du 20 octobre 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations.

S'agissant du droit éventuel à une rente, l'OCAI a estimé que l'état dépressif moyen avec syndrome somatique dont était atteint l'assuré ne constituait pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'était pas exigible de sa part. L'OCAI s'est référé à la jurisprudence selon laquelle les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux qui ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé.

Par ailleurs, il a considéré que les autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis puisque le suivi psychiatrique venait de débuter.

S'agissant du droit au reclassement professionnel, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR selon lequel une mesure de réadaptation ne serait pas appropriée en raison de l'état dépressif dont souffre l'assuré dont le SMR a estimé qu'il rend prévisible que d'éventuelles mesures professionnelles seront mises en échec.

L'OCAI a ajouté qu'en revanche, une aide au placement serait accordée sur demande écrite et motivée de l'assuré.

28. Par courrier du 23 novembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles de reclassement.

Le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'OCAI au motif qu'il est fondé sur l'idée qu'il a conservé une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui est manifestement contraire à tous les avis médicaux émis. Il souligne que depuis des années, son médecin traitant, le Dr G_____, a attesté d'une incapacité de travail totale dans tout type d'activité et que même les experts du COMAI ont fait état d'une capacité de travail dans une activité adaptée de quatre heures par jour, ce qui correspond à une capacité de 50%.

Le recourant fait valoir que les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux dont il souffre sont réunies. A cet égard, il allègue souffrir de douleurs et d'affections corporelles chroniques sans rémission durable qui ont nécessité plusieurs hospitalisations à la clinique de Montana. Il ajoute qu'il y a comorbidité psychiatrique sous la forme d'un état dépressif sévère qui perdure et va même en s'aggravant; il souligne que le traitement psychiatrique n'a pas apporté d'amélioration malgré un suivi régulier de dix-huit mois. Le recourant estime que sa perte d'intégration sociale est évidente; il fait remarquer que la Dresse P_____ a relevé le grand isolement qui est le sien, et allègue par ailleurs que sa vie sociale se limite à un rendez-vous hebdomadaire au centre d'ergothérapie et à un café hors de chez lui de temps en

temps. Il fait remarquer qu'il ne reçoit plus de prestations de l'assurance accidents et qu'il a été contrait de s'adresser à l'Hospice général, ce qui engendre une grave atteinte à son estime pour lui-même.

Par ailleurs, s'agissant du revenu d'invalide à retenir, le recourant souligne qu'il est âgé de 53 ans, qu'il parle très mal le français, qu'il écrit à peine, qu'il a quitté le marché de l'emploi depuis cinq ans, qu'il vit dans un environnement social très restreint, qu'il souffre de problèmes de concentration après vingt minutes dans une activité intellectuelle simple et d'angoisses telles que, parfois, il ne peut pas sortir de chez lui. Il en tire la conclusion qu'un abattement de 25% doit être appliqué dans le calcul de son revenu d'invalide.

Quant aux mesures de réadaptation, il fait valoir que son invalidité rend un reclassement nécessaire, qu'il souhaite réellement pourvoir reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé et qu'il est prêt à tout mettre en œuvre pour pouvoir retrouver une activité lucrative. Il relève que l'expertise indique que ce souhait n'est pas totalement irréalisable puisque les maîtres de stage étaient convaincus que l'assuré possède les ressources intellectuelles pour être soumis à une réadaptation à un autre travail. Le recourant fait valoir qu'il est contradictoire de considérer d'une part qu'il est parfaitement capable de travailler dans une activité adaptée et, dans le même temps, qu'il n'est pas apte à être reclassé. Selon lui, soit l'on admet qu'il n'est plus capable de pratiquer une quelconque activité lucrative et il convient de lui accorder une rente, soit l'on considère qu'il est capable d'exercer une activité adaptée dans un autre domaine et il convient alors de l'aider à se réadapter.

29. Le 9 janvier 2007, le Dr I_____, du SMR, a rendu un avis médical après que les derniers rapports du Dr G_____, P_____ et R_____ lui ont été soumis.

    Il a estimé que l'incapacité de travail dans toute activité, même adaptée, attestée par le Dr G_____ ne reposait sur aucun argument médical objectif et qu'elle était en contradiction avec les conclusions des experts du COMAI. Quant à la Dresse P_____, il a indiqué qu'elle n'apportait aucun élément médical nouveau, en particulier sur le plan psychiatrique.

    Le Dr I_____ a retenu d'un rapport d'ergothérapie établi par Monsieur R_____ le 13 novembre 2006 que l'assuré dispose de certaines ressources et d'une capacité d'apprentissage notamment en français et en informatique, qu'il est motivé et ne présente pas une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

30. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 22 janvier 2007, a conclu au rejet du recours.

31. Entendu par le Tribunal de céans en date du 14 juin 2007, le Dr G_____ a souligné qu'outre les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif, s'ajoutent les diagnostics rhumatologiques posés dans les différents rapports médicaux. Selon lui, si les troubles rhumatologiques sont objectivement stables, il y a en revanche eu aggravation de l'état respiratoire du patient ainsi que de son état psychique.

    S'agissant d'éventuelles mesures professionnelles de réinsertion, le médecin a indiqué que le patient fait des efforts qui ne débouchent sur aucun véritable débouché professionnel. Selon lui, de telles mesures auraient plutôt l'avantage de tenter d'améliorer son moral.

    Du point de vue purement physique, toute activité lourde ou semi-lourde est exclue. Même dans une activité légère, il faudrait qu'une alternance des positions fréquente soit possible.

32. Egalement entendue, la Dresse P_____ a rappelé qu'elle suit l'assuré depuis la fin de l'année 2005. Selon elle, le premier diagnostic est celui d'état dépressif. L'assuré est totalement désespéré par sa situation économique et familiale. Il a à plusieurs reprises fait part d'idées suicidaires. Son état psychique est fluctuant et très dépendant des circonstances. Son état dépressif n'a jamais été mieux que moyen, malgré les changements de traitement. La plus grande amélioration qui ait pu être constatée a été consécutive au séjour qu'il a effectué à la Clinique de Montana du 2 au 13 mars 2006. Tout a alors été mis en œuvre autour de lui et le médecin avait l'espoir de pouvoir l'intégrer dans un atelier protégé. Cela n'a cependant pas duré.

    La Dresse P_____ a souligné que la fille cadette de l'assuré souffre de troubles psychiques (personnalité borderline et troubles du comportement) et qu'elle exerce une influence importante sur l'état psychique de son père. Quant à sa fille aînée, elle vient de se séparer de son compagnon et est à nouveau à la charge de son père, de même que son nourrisson.

    Le témoin a indiqué qu'à l'époque où les expertises ont été pratiquées, le trouble dépressif était au second plan par rapport au trouble somatoforme douloureux mais selon elle, cet état de fait a changé de puis lors, durant les 3 à 6 premiers mois durant lesquels elle a suivi l'assuré, parallèlement à sa situation économique et aux problèmes familiaux qui sont apparus. Sont également apparues depuis lors des cervicalgies et des myalgies diffuses.

    Le médecin a indiqué avoir doublé la dose d'anti-dépresseur et mis l'assuré sous neuroleptiques depuis novembre 2006. En décembre 2006, le TSD s'est à nouveau aggravé et est revenu au premier plan. L'humeur s'est quant à elle améliorée avant de s'aggraver à nouveau en avril 2007, d'abord sous forme de trouble de la concentration puis de tristesse. Les idées suicidaires sont réapparues de telle

manière que pour la première fois, le médecin a craint pour l'assuré. Ce sont ces circonstances qui ont conduit à sa dernière hospitalisation à Montana.

Le recourant a subi une perte de poids importante qui a conduit à une hypoprotéinie et qui a également aggravé son amphyzème. Selon les dernières informations de la clinique, l'assuré n'a plus d'idées suicidaires mais les médecins estiment qu'une capacité de travail exigible de 50% en milieu protégé est déjà difficile à atteindre.

Le témoin a estimé que, dans un objectif de socialisation, des mesures de réadaptation seraient une bonne chose même si elle doute qu'elles puissent aboutir à une réinsertion sur le marché du travail normal. De telles mesures permettraient selon elle de stimuler l'assuré, de le valoriser et de lui rendre son identité.

33. Par écriture du 5 juillet 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'intimé a fait de même.

EN DROIT

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

4. En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, datée du 20 octobre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er

janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 20 décembre 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

5. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente le recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.

6. De l'art. 4 al. 1 LAI, il ressort que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

7. Il convient de rappeler que 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

   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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

9. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

10. S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

    Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse

admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise **dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus**, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - **raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société** (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur

pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

11. En l'espèce, pour déterminer la capacité de travail du recourant, l'OCAI s'est fondé dans un premier temps sur le rapport effectué par la Clinique romande de réadaptation (CRR). Le patient y a en effet séjourné durant un mois en 2002 et y a fait l'objet de plusieurs examens approfondis par différents spécialistes. Le Dr B_____, psychiatre, a conclu à des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive. Le Dr C_____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en soulignant qu'il était possible que la situation psychiatrique soit d'ores et déjà chronique et stabilisée. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il a émis l'opinion qu'un trouble de l'adaptation avec syndrome douloureux somatoforme persistant ne devrait pas, dans ce cas, donner lieu à une incapacité de travail psychiatrique significative mais devrait être intégré dans l'évaluation globale comme facteur aggravant. Il a précisé que ce trouble était avant tout déterminé par le contexte socio-culturel difficile. Le Dr A_____, neurologue, a relevé la présence de signes de non-organicité, tout comme le Dr D_____, spécialiste en réadaptation générale, lequel a conclu que, du point de vue orthopédique et traumatologique, aucun élément ne justifiait une incapacité de travail. Dans son rapport final, la CRR a retenu le diagnostic primaire de thérapie physique et fonctionnelle et les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques, spondylolysthésis L5-S1, spondylolise L5 bilatérale, spondylose dorsale L4, possible vertiges paroxystiques bénins résolus, trouble somatoforme persistant et troubles de l'adaptation avec réaction dépressive. Les médecins ont conclu à une reprise du travail médicalement exigible à compter du 29 avril 2002.

    Le rapport de la CRR , établi par plusieurs spécialistes, sur la base d'un dossier complet et d'un examen approfondi du recourant, dont il faut rappeler qu'il a séjourné à la CRR durant un mois entier, doit se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'il tient compte des remarques et des plaintes de l'assuré et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins.

    L'avis du Dr F_____ qui, en août 2002, a conclu à une totale incapacité de travail, ne saurait être suffire à mettre en cause le bien-fondé des conclusions des auteurs du rapport de la CRR. En effet, le Dr F_____ se contente d'affirmer

qu' "une objection à considérer le patient comme invalide à 100% serait réfutée vivement par un tribunal administratif en cas de recours", sans motiver pour autant son opinion de manière convaincante.

D'autant que les observations de la CRR sont confirmées par celles des Drs K_____ et M_____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie des HUG, qui ont eux aussi relevé la présence de nombreux signes de non-organicité et n'ont décelé aucun signe biologique ni clinique pour une pathologie inflammatoire. Qui plus est, ces médecins ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 50% dans une profession adaptée, c'est-à-dire évitant le port de charges.

Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ayant été posé par plusieurs médecins, c'est à juste titre que l'OCAI a considéré qu'il fallait procéder à une évaluation par un psychiatre.

Le rapport rendu par le centre d'expertise médicale en date du 8 mars 2005 a été établi sur la base du dossier médical, d'une anamnèse, d'un examen clinique spécialisé en rhumatologie et d'un examen spécialisé en psychiatrie. La quantification des limitations de la capacité de travail a été estimée lors d'une conférence de consensus entre les médecins qui ont participé à l'expertise. La consultation rhumatologique a permis de confirmer le spondilolysthésis L5-S1 et la présence de nombreux signes de Waddell évoquant effectivement un syndrome somatoforme douloureux persistant. Le rhumatologue a retenu principalement le diagnostic de lombalgie chronique en relation avec un spondilolysthésis stable L5-S1 stable et un tableau de syndrome douloureux chronique, mais il a estimé, du point de vue strictement rhumatologique, qu'il y avait peu d'éléments cliniques pouvant justifier une restriction de la capacité de travail. Le rhumatologue a cependant écarté le métier d'étancheur dont il a expliqué qu'il était trop contraignant pour le dos. Il a en revanche estimé que dans un travail plus léger, il n'y aurait pas de restriction pour justifier une incapacité de travail, si ce n'est la présence du syndrome douloureux chronique.

De l'évaluation psychiatrique, il est ressorti que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, dont il a été estimé qu'à lui seul, il représentait une limitation de la capacité de travail de l'assuré d'environ 50%.

A ce stade, il y a lieu de constater que les atteinte médicales dont souffre l'assuré ne sont pas contestées. En revanche, les appréciations quant à une capacité résiduelle de travail exigible de sa part divergent.

Il convient à cet égard de se référer à la jurisprudence susmentionnée relative aux troubles somatoformes douloureux. Si le rapport du centre d'expertise médicale doit se voir reconnaître pleine valeur probante eu égard au fait qu'il tient compte des remarques et plaintes de l'assuré et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins, le Tribunal de céans ne peut cependant se rallier

à ses conclusions quant à la capacité de travail résiduelle du recourant. En effet, l'état dépressif dont il est fait mention est manifestement réactionnel aux douleurs puisqu'il est apparu après ces dernières (en avril 2002, il ne s'agissait encore que d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, selon le rapport de la CRR) et quand bien même il ne le serait pas, au vu de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, un épisode dépressif moyen ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes (cf. notamment ATFA I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 4.2.2).

Quant aux autres conditions posées par la jurisprudence pour voir reconnaître au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, elles ne sont pas remplies en l'espèce. Certes, dans le cas du recourant, la présence d'affections corporelles chroniques distinctes s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable doit être admise. En revanche, on ne saurait conclure à un "état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique", puisque les médecins ont estimé que la souffrance psychique de l'assuré était susceptible d'amélioration avec un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique, que l'assuré était demandeur d'une telle assistance thérapeutique et qu'il disposait d'une bonne capacité d'introspection. Ils ont par ailleurs souligné ses ressources. Le Dr G_____ a d'ailleurs confirmé que le suivi psychothérapeutique chez la Dresse P_____ semblait pouvoir améliorer lentement l'état dépressif du patient qui avait d'ailleurs, sur son instigation, commencé à suivre des cours de français. Enfin, il ressort du rapport d'ergothérapie de Monsieur R_____ que l'assuré dispose de ressources et d'une capacité d'apprentissage, qu'il est motivé et ne présente pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Force est donc de constater que les conditions cumulatives énoncées par la jurisprudence pour voir reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux du recourant ne sont pas remplies en l'espèce. Or, l'incapacité totale de travail dont attestent les Drs P_____ et G_____ résulte avant tout de ce trouble somatoforme douloureux. Le Tribunal de céans n'oublie pas que le patient souffre également de troubles lombaires sous la forme d'un spondylolysthésis L5-S1 et d'une spondylolise bilatérale L5-S1. Néanmoins, les experts du centre d'expertise médicale ont retenu que malgré ces diagnostics, l'assuré pourrait exercer une activité évitant le port de charges, lui permettant de soulager son dos et lui permettant de changer de position, sans restriction. La diminution de travail de 50% qui a été acceptée par les médecins du centre médical, ainsi qu'on l'a vu, ne peut être admise, dans la mesure où elle est relative à l'état dépressif du recourant et à son trouble somatoforme douloureux.

C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a considéré que, selon la jurisprudence, il est exigible de l'assuré qu'il exerce à plein temps une activité adaptée à ses limitations.

S'il devait s'avérer que l'état psychique du recourant continue à s'aggraver, comme l'a indiqué la Dresse P_____ lors de son audition, il lui appartiendra de faire valoir cette aggravation auprès de l'OCAI par le biais d'une demande de révision, étant rappelé que le Tribunal de céans ne peut prendre en considération que les faits antérieurs à la décision litigieuse.

Il convient à présent de vérifier le calcul auquel l'intimé s'est livré pour déterminer le degré d'invalidité du recourant.

12. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

b) 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; 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).

c) 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.

d) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalide (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités).

Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa, 117 V 18). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

13. En l'espèce, il convient de se référer au salaire qu'aurait pu obtenir l'assuré dans son ancien poste en 2002, soit 64'433 fr. et de le comparer à celui qu'il pourrait réalisé dans une activité simple et répétitive, soit 57'008 fr. Il est à relever que même en appliquant la réduction maximale de 25 % comme le demande le recourant, on obtient un degré d'invalidité de 33.65 %, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé lui a refusé une rente.

14. Reste à examiner le droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, le recourant conclut à l'octroi d'un reclassement, que l'intimé lui a refusé, bien qu'il lui ait reconnu un degré d'invalidité suffisant, au motif qu'une telle mesure serait vouée à l'échec.

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).

L'étendue des 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 (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). 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, force est de constater que le recourant remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20 %). Reste à examiner s'il présente l'aptitude subjective nécessaire. Le Tribunal de céans est d'avis que tel est le cas. En effet, le centre d'expertise médicale a jugé que de telles mesures seraient envisageables et a souligné les ressources existantes du recourant, à savoir une bonne scolarisation initiale, sa faculté d'adaptation, ses ressources intellectuelles. Selon eux, il devrait pouvoir se réhabituer à un rythme de travail et se réintégrer dans un tissu social sans mesures spéciales. On comprend mal dès lors que dans son rapport, le Dr I_____ du SMR ait conclu que de telles mesures seraient probablement mises en échec.

Certes, il est à craindre que la situation du recourant se soit dégradée depuis lors puisque le Dr G_____, en date du 10 août 2006, a émis l'opinion que l'assuré serait incapable d'entreprendre un recyclage professionnel ou d'exercer une activité professionnelle et que, de la même manière, la Dresse P_____ a indiqué qu'il lui paraissait difficile d'imaginer une quelconque activité physique adaptée à son patient.

Il ne suffit certes pas, pour admettre des mesures de reclassement, de considérer que celles-ci rempliraient un objectif de socialisation. Il n'en ressort pas moins du rapport d'ergothérapie de Monsieur R_____ qu'en date du 13 novembre 2006 encore, l'assuré disposait de certaines ressources, d'une capacité d'apprentissage et qu'il était motivé.

Par ailleurs, ainsi que le fait remarquer le recourant, si le fait qu'il ait encore des ressources et soit motivé est retenu pour conclure qu'il est encore exigible de sa part qu'il exerce une activité lucrative, il serait pour le moins contradictoire de lui refuser ensuite l'opportunité d'une réadaptation au motif que ces ressources et motivation feraient défaut.

Eu égard aux considérations qui précèdent, aux conclusions du Centre d'expertise médicale et à celles de l'ergothérapeute, le Tribunal de céans considère qu'on ne peut d'emblée considérer que des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec et que l'on peut espérer que le recourant pourra se remobiliser suffisamment pour en profiter pleinement et retrouver, au moins partiellement, une capacité de gain. Le recours est donc admis sur ce point.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que Monsieur L_____ se voit reconnaître le droit à des mesures de réadaptation.

3. Renvoie la cause à l'OCAI à charge pour ce dernier de mettre en œuvre les mesures de réadaptation qui lui paraitront les mieux adaptées.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de Fr. 1'500,-- à titre de dépens.

5. Met un émolument de fr 200,- à la charge de l'OCAI.

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

La greffière — La Présidente :

Janine BOFFI — Karine STECK

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