RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4519/2005 **ATAS/497/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 9 mai 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié PLAN-LES-OUATES	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, ressortissant yougoslave né le 1960, est arrivé en Suisse en mars 1988. Il a en dernier lieu travaillé à plein temps en tant que désinfecteur pour la société X_____ SA du 6 avril 1999 au 15 mars 2000. Selon son employeur, son salaire mensuel aurait été de 4'325 fr. en 2001, soit de 51'900 fr. pour l'année.

2. Dès le 16 mars 2000, il a été totalement incapable de travailler pour des raisons de santé.

3. Le 11 avril 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession.

4. Dans un rapport du 16 mai 2001, le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une cervicalgie avec un syndrome cervical algique non déficitaire en C5-C6, évoluant de manière chronique depuis janvier 1998. Il a indiqué qu'un effort inhabituel de traction de l'épaule droite avait déclenché chez l'assuré une cervico-brachialgie droite invalidante à la suite de laquelle une intervention chirurgicale lui avait été proposée par le Dr B_____, spécialiste en neurochirurgie aux "établissement hospitalier" ; l'assuré l'avait alors refusée. Le Dr A_____ a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs cervicales permanentes avec des irradiations dans le bras droit. Selon lui, le pronostic était mauvais, l'assuré ne manifestant aucun espoir ni volonté d'améliorer sa situation, ce qui était amplifié par sa situation socio-migrante. Il a au surplus estimé que celui-ci présentait une incapacité totale de travail depuis le 16 mars 2000 pour une durée indéterminée ; son état de santé était stationnaire.

   A ce rapport était joint un questionnaire concernant la réinsertion professionnelle dans lequel le Dr A_____ a fait état d'une diminution du rendement de l'assuré de 50%. Il a indiqué que celui-ci était totalement incapable d'exercer son ancienne profession ; l'exercice d'une autre activité était toutefois possible dès le 1er juin 2001 à raison de 5 heures par jour à condition de travailler assis et de ne pas porter de charge dépassant 5 kg. Il a estimé que l'assuré était capable de maintenir la même position du corps pendant 5 heures par jour, d'alterner les positions assise et debout, de marcher 2 km. ainsi que de se mettre à genoux. Les positions accroupie, debout ou le buste incliné de même que les mouvements des membres ou du dos n'étaient quant à eux pas possibles. Ce médecin a par ailleurs indiqué qu'il fallait s'attendre à une diminution du rendement de l'assuré du fait que sa motivation pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible et que le taux d'absentéisme prévisible dû à son état de santé était important.

5. L'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle de type COPAI (ci-après : stage COPAI) au Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) du 1er au 28 septembre 2003. Dans leur rapport du 30 septembre 2003, les maîtres de réadaptation ont indiqué que ses capacités étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique ordinaire à condition que celui-ci soit pratique, léger et non répétitif. Selon eux, l'assuré devait éviter le port de charge ainsi que les travaux sollicitant régulièrement la région cervicale. Il devait par ailleurs pouvoir alterner les positions, bien qu'il puisse travailler aussi bien assis que debout. Les maîtres de réadaptation ont relevé que l'assuré avait démontré de bonnes aptitudes, une certaine facilité à s'intégrer dans un milieu socioprofessionnel et qu'il avait su faire preuve d'engagement et d'intérêt pour les diverses activités qui lui avaient été proposées. Ils ont dès lors estimé le rendement exigible de sa part à 80% sur une journée de huit heures après une période d'adaptation ; sa capacité résiduelle de travail était donc de 80%. Ils ont considéré qu'une réadaptation était envisageable pour les activités de chauffeur-livreur (marchandises légères ou transports avec un permis VL), de chauffeur dans le transport de personnes, de surveillant ainsi que d'ouvrier dans un établi ou dans le conditionnement léger. L'assuré étant désireux de retrouver une activité professionnelle, ils ont proposé la mise en place immédiate d'une mesure de réadaptation dans leur service ESPACE.

6. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure ESPACE du 29 septembre au 28 décembre 2003. Le 26 novembre 2003, il a produit un certificat établi par le Dr C_____ attestant qu'il avait été totalement incapable de travailler du 21 au 24 novembre 2003 et qu'il n'était capable de travailler qu'à 50% dès le 26 novembre 2003 pour cause de maladie ; il souffrait d'un blocage au niveau des cervicales qui se prolongeait dans le côté droit. L'assuré a donc poursuivi la mesure à mi-temps dès cette date.

7. Le 12 janvier 2004, les maîtres de réadaptation de la mesure ESPACE ont conclu que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité simple et légère avec des rendements de 80% dans le circuit économique normal. Une période de réentraînement à l'effort, de mise au courant et de formation pratique dans l'entreprise était nécessaire pour atteindre un tel rythme ; une aide au placement était également indispensable. Il ont indiqué que l'assuré ne pouvait pas maintenir une position avec le buste penché en avant, rester assis ou debout pendant une période prolongée, porter des charges ou travailler dans un environnement trop bruyant. Selon eux, une réadaptation était possible dans les activités d'employé dans le conditionnement, d'ouvrier d'établi, de chauffeur livreur (livraisons légères) et d'exposant animalier. Ils ont par ailleurs estimé que les chances de reclassement de l'assuré étaient très faibles, en raison de ses faibles rendements dans le secteur industriel et de l'état actuel du marché. Ils ont précisé que le secteur industriel léger avait laissé apparaître une adaptation plus lente et un engagement modéré.

8. Dans un rapport du 3 mars 2004, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis 2002, a diagnostiqué une cervicalgie chronique et une brachialgie droite non déficitaire présentes depuis 1998. Il a également observé des migraines fréquentes n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Il a indiqué que l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 21 au 25 novembre 2003 à cause d'une lombalgie aigue. Dès le 26 novembre 2003, il avait pu reprendre le travail à 50% et il ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le 23 février 2004 ; son état de santé était stationnaire. Ce médecin a par ailleurs estimé qu'une capacité résiduelle de travail de 80% dans un travail léger était raisonnable, précisant toutefois qu'il était possible que l'assuré souffre d'une affection psychiatrique non investiguée, comme par exemple un trouble somatoforme douloureux persistant ou un trouble de l'adaptation, qui pourrait influencer sa capacité de travail dans le futur.

   Le 26 avril 2004, Mme P_____, psychologue de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, a proposé une conclusion théorique sur la base d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Elle a ainsi procédé à une comparaison des revenus de l'assuré qui a abouti à un taux d'invalidité de 10% pour une activité dans l'industrie, de 24% pour un travail dans la surveillance et de 20% en tant que chauffeur-livreur ; une rente d'invalidité était dès lors exclue. S'agissant d'une mesure professionnelle, elle a estimé que tant que l'assuré restait convaincu qu'il ne pouvait travailler à plus de 50%, alors que les médecins estimaient qu'une capacité de travail de 80% était exigible, une telle mesure n'avait pas de sens.

9. Par décision du 3 mai 2004, l'OCAI a nié tout droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles, en se fondant sur le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI.

10. L'assuré s'est opposé à cette décision le 9 juin 2004. Il a expliqué qu'il ne comprenait pas comment l'OCAI pouvait conclure à une capacité de travail de 80% à la suite de son stage ESPACE, étant donné qu'il avait été malade durant tout le stage, ce qui était attesté par un certificat médical. De plus, le chef de l'usine Y_____ avait estimé qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 30%. Il a enfin fait valoir qu'il avait lui-même souhaité pouvoir exercer une activité légère à plein temps mais que son état de santé ne le lui permettait pas. Il a dès lors demandé à être réadapté dans une activité à 30%.

11. Par décision du 14 juin 2004, l'OCAI a déclaré l'opposition de l'assuré irrecevable, du fait qu'elle ne lui était pas parvenue dans le délai légal.

12. Dans un arrêt rendu le 26 octobre 2004, le Tribunal de céans a annulé la décision sur opposition de l'OCAI et a renvoyé la cause pour nouvelle décision, au motif

que le délai pour faire opposition avait été respecté, la décision du 3 mai 2004 ayant été notifiée à l'assuré le 12 mai 2005.

13. Le 22 novembre 2004, le Dr C_____ a rendu un rapport dans lequel il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis plus d'un an, précisant que celui-ci devait éviter de faire des efforts importants et de porter des charges lourdes avec son bras droit. Ce médecin a par ailleurs estimé qu'une évaluation psychiatrique était indiquée, l'assuré étant passif et peut-être déprimé. Selon lui, il s'agissait d'un syndrome douloureux, puisque l'assuré ne présentait pas de déficit neurologique objectivé.

14. Dans un rapport du 24 août 2005, la Dresse E_____, spécialiste en psychiatrie du Centre de thérapies brèves de la Jonction (CTB Jonction), a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un trouble douloureux somatoforme persistant, un trouble des habitudes et des impulsions ainsi qu'une pathologie du jeu ; ces troubles étaient présents depuis juillet 2005. Elle a relevé que l'assuré se sentait coupable et honteux d'avoir d'importantes dettes de jeu, qu'il était en colère contre la société et le fait qu'elle ne reconnaissait pas ses difficultés à reprendre une activité professionnelle. Il affirmait souffrir d'isolement et du regard de son entourage et il exprimait également des idées suicidaires. Cette spécialiste a observé chez l'assuré une humeur déprimée et triste, une anhédonie partielle, une aboulie, des troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration, une irritabilité, une tension ainsi que des troubles de panique. Dans ce contexte d'état dépressif, il ne lui était pas possible d'établir un diagnostic de trouble de la personnalité. Elle a de plus précisé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient grandement l'affection de l'assuré et que ses troubles psychiques étaient réactionnels à son endettement. Son incapacité de travail était due de façon mineure à des raisons socio-économiques. Ce médecin a ainsi estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 1er août 2005 pour une période indéterminée en tant que manœuvre de chantier. Elle a toutefois noté que celui-ci avait suivi un traitement du 12 juillet au 2 septembre 2005 et que son état s'était amélioré, du fait d'une diminution de la symptomatologie dépressive. Sa capacité de travail pouvait dès lors être améliorée par des mesures médicales.

15. Dans un rapport d'examen rendu le 12 septembre 2005 dans le cadre du Service médical régional du Léman (SMR Léman), le Dr F_____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr G_____, spécialiste en psychiatrie, ont confirmé l'existence de cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques persistantes et de lombalgies communes. Ils ont estimé que même s'il existait certainement des éléments surajoutés de nature fonctionnelle qui altéraient le tableau clinique, on pouvait légitimement admettre la présence d'une fragilité biomécanique du membre supérieur droit qui imposait des limitations fonctionnelles, lesquelles devraient être respectées pour la définition d'une activité professionnelle exigible. L'assuré ne

pouvait en effet pas effectuer d'activité sollicitant le membre supérieur droit contre résistance à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction au niveau de l'épaule, ni d'activité imposant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. à bout de bras avec les mêmes limitations. Il était de plus nécessaire qu'il puisse alterner régulièrement la position assise et la position debout. Du point de vue psychiatrique, ils ont relevé que l'assuré était triste et déçu face à ses idéaux de vie, précisant toutefois que cette souffrance ne correspondait nullement à une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique. Ils ont expliqué que s'il pouvait reprendre une activité professionnelle, sa tristesse liée à son sentiment d'inutilité s'estomperait. L'assuré était d'accord avec ce principe, bien qu'il ait mentionné qu'il était difficile de reprendre un travail après cinq ans d'inactivité. Une reprise progressive pouvait dès lors être favorable à une nouvelle vie professionnelle. Selon ces spécialistes, l'assuré avait toujours été capable de travailler et cette appréciation était encore valable. Ils ont conclu que son incapacité de travail était totale dans son ancienne activité. Il présentait toutefois une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée depuis 2000, puisqu'aucun élément objectif de détérioration de la situation n'était intervenu entre-temps et qu'il ne présentait pas de comorbidité psychiatrique.

16. Par une nouvelle décision sur opposition du 18 octobre 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 3 mai 2004, en se fondant sur le rapport établi par le SMR.

17. L'assuré a interjeté recours le 16 novembre 2005 contre ladite décision, au motif que son état de santé physique et psychique s'aggravait depuis son opposition du 9 juin 2004. Il a indiqué qu'il avait toujours voulu reprendre une activité à 100% afin de ne pas dépendre de l'assurance-invalidité, à condition que le travail qu'on exigerait de lui corresponde à la capacité de travail qui lui avait été reconnue par les médecins qu'il consultait. A son recours était joint un certificat daté du 28 juillet 2005 établi par le Dr H_____, chef de clinique du département de psychiatrie au CTB Jonction, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt total de travail du 1er au 31 août 2005 ; la situation était à réévaluer par la suite. Ce médecin a également certifié le 15 octobre 2005 que l'assuré avait bénéficié de soins au CTB Jonction du 11 au 31 juillet 2005. Celui-ci a également produit un certificat de la Dresse I_____, spécialiste en médecine du département de psychiatrie des "établissement hospitalier", indiquant le 7 novembre 2005 que l'assuré était totalement incapable de travailler du 1er septembre au 30 novembre 2005. Celui-ci a au surplus demandé à ce que ces médecins soient entendus pour qu'ils puissent apporter des précisions.

18. Par préavis du 19 janvier 2006, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a considéré que les conclusions du rapport établi par le SMR, lequel avait pleine valeur probante, étaient en accord avec les autres documents médicaux figurant au dossier ainsi qu'avec les résultats des stages d'observation professionnelle menés par le

CIP. Les seules déclarations de la Dresse E_____, médecin traitant de l'assuré, n'étaient dès lors pas de nature à remettre en cause ces appréciations.

19. Sur demande du Tribunal de céans, l'OCAI a produit, par courrier du 6 février 2006, une copie du rapport ESPACE.

20. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est déroulée devant le Tribunal de céans le 25 avril 2006.

    La Dresse I_____, convoquée en qualité de témoin, a expliqué qu'elle avait omis de demander à être déliée du secret de fonction et qu'elle ne pouvait par conséquent pas témoigner.

    Le Dr H_____ a été entendu en qualité de témoin. Il a indiqué que l'assuré était venu consulter au CTB Jonction du 11 juillet au 30 août 2005, parce qu'il se trouvait dans une situation d'urgence (décompensation) et qu'il continuait à être suivi à la consultation du Boulevard St Georges. Ce médecin a précisé qu'il ne s'était pas occupé lui-même de l'assuré et qu'il avait signé l'attestation d'arrêt maladie du 28 juillet 2005 uniquement parce que la Dresse E_____ était en vacances à ce moment-là.

    L'assuré a quant à lui déclaré qu'il ne pouvait pas travailler, même à temps partiel ou dans une activité plus légère, puisqu'il n'arrivait pas à se lever avant 9h ou 10h le matin ni même à aider son épouse, par exemple, en préparant les repas. Il a également fait valoir que le chômage l'avait considéré comme étant inapte au travail. Selon lui, son état de santé s'aggravait de jour en jour et il s'était en tout cas péjoré depuis mai 2004, date à laquelle l'OCAI avait rendu la décision litigieuse.

21. A l'issue de cette audition, les parties ont persisté dans leurs conclusions et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste cependant régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au 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 matière de procédure toutefois, les règles de la LPGA s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement.

5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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 (art. 8 LPGA). 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).

   La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

6. Sur le plan physique, les Drs F_____ et G_____ ont diagnostiqué des cervico-scapulo-brachialgies droites chroniques persistantes présentes depuis 1998 et des lombalgies communes. Ces affections ne sont contestées par aucun des spécialistes amenés à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré. Il convient donc d'admettre qu'elles sont avérées.

   Les médecins estiment que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son ancienne profession. Ils considèrent toutefois qu'il présente une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire dans un travail ne nécessitant pas d'accomplir des efforts importants ou de porter des charges de plus de 5 kg. avec le bras droit et permettant d'alterner régulièrement la position assise et la position debout. Les maîtres de réadaptation des stages COPAI et ESPACE ont conclu au même degré de capacité de travail. Seul le Dr A_____ est d'avis que l'assuré ne peut travailler que 5h par jour et présente une diminution de rendement de 50%. Cependant, comme l'admet la jurisprudence, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). Il convient ainsi d'admettre que, sur le plan physique, l'assuré est capable de travailler à 80% dans une activité adaptée.

7. Sur le plan psychique, les spécialistes du SMR ont indiqué que l'assuré était triste et déçu face à ses idéaux de vie. Ils ont toutefois précisé que sa souffrance ne correspondait en aucun cas à une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique et qu'il ne présentait par conséquent pas de comorbidité psychiatrique, puisque s'il pouvait reprendre une activité professionnelle, sa tristesse liée à son sentiment d'inutilité s'estomperait. La diminution de sa capacité de travail ne provient dès lors que de ses limitations sur le plan physique. La Dresse E_____ a quant à elle diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble des habitudes et des impulsions ainsi qu'une pathologie du jeu présents depuis juillet 2005. Cette spécialiste a également précisé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient grandement l'affection de l'assuré et que ses troubles psychiques étaient réactionnels à son endettement. Enfin, le Dr C_____ a estimé qu'il était possible que l'assuré souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

   S'agissant de cette dernière affection, il convient de relever qu'elle n'a été diagnostiquée de manière certaine que par la Dresse E_____ et que le SMR a au contraire estimé que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique. La Dresse E_____ est le médecin traitant de l'assuré. Bien qu'elle soit spécialisée en psychiatrie, il faut tenir compte du fait qu'un médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient, comme l'a retenu la jurisprudence. Les médecins du SMR ont quant à eux rendu une expertise multidisciplinaire établie sur la base d'un examen rhumatologique et d'un examen psychiatrique. Pour ce faire, ils ont étudié l'ensemble du dossier comprenant notamment les rapports des médecins ayant examiné l'assuré dans le passé. Lors des examens qu'ils ont pratiqués, ils ont été attentifs aux plaintes émises par l'assuré et à sa situation actuelle. Une anamnèse détaillée a également été réalisée. L'état de santé de l'assuré a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et les médecins ont pris soin de motiver leurs appréciations, de sorte que le diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause. Le rapport d'expertise des médecins du SMR ayant par conséquent pleine valeur probante, il convient d'admettre que l'assuré ne présente pas de trouble somatoforme douloureux persistant.

   Les autres affections que la Dresse E_____ a observées n'ont pas été contestées par les médecins du SMR. Il y a donc lieu de considérer qu'elles sont avérées.

   Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans renonce à entendre la Dresse I_____, puisqu'il dispose de suffisamment d'éléments pour se déterminer.

   Une capacité de travail de l'ordre de 80% doit dès lors être retenue. Elle a été constatée tant par le COPAI que dans le cadre de l'atelier ESPACE. De tels stages d'observation professionnelle font connaître le rendement exigible dans un emploi adapté; ils permettent un examen concret de l'aptitude de l'assuré à mettre en valeur

une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Une capacité de travail de 80% a au surplus été confirmée par le Dr C_____, médecin traitant, dans son rapport du 3 mars 2004, et par les médecins du SMR lors de leur examen du 12 septembre 2005.

8. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

   En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

   Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

10. Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 2000 de 4'437 fr. pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2000, TA 1), soit 4'625 fr. 60 pour 41,7 heures habituelles (La Vie économique 3/2006 p. 90 tableau B 9.2), le salaire annuel 2001 doit être fixé à 56'883 fr. (4'740 fr. 25 x 12). Etant donné une incapacité de travail de 20 %, le revenu brut déterminant s'élève à 45'507 fr.

11. Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/ catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but

de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

Il n'y a cependant pas de motif justifiant que l'on procède à une réduction supplémentaire en l'espèce.

Aussi compte tenu du fait que le salaire sans invalidité aurait été de 51'900 fr. en 2001 et le salaire avec invalidité de 45'507 fr., force est-il de constater que le degré d'invalidité ne dépasse pas 12,3%, taux insuffisant pour admettre l'octroi d'une rente (art. 28 LAI).

12. L'assuré a par ailleurs demandé des mesures de reclassement.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les arrêts cités). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose toutefois qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

13. En l'espèce, l'assuré, subissant une perte de gain de 12,3%, ne saurait prétendre à une mesure de reclassement. Quoi qu'il en soit, une mesure de reclassement professionnel serait vouée à l'échec, l'assuré étant convaincu qu'il présente une capacité de travail bien inférieure à celle qui peut raisonnablement être exigée de lui. Le Dr A_____ estime en effet que sa motivation pour une reprise du

travail ou un reclassement professionnel est faible et que le taux d'absentéisme prévisible dû à son état de santé est important. Cette appréciation est confirmée par le rapport ESPACE selon lequel les chances de reclassement de l'assuré sont très faibles, en raison de ses faibles rendements dans le secteur industriel et de l'état actuel du marché. De plus, bien qu'il affirme vouloir reprendre une activité professionnelle à plein temps afin de ne pas dépendre de l'assurance-invalidité, l'assuré explique qu'il ne peut travailler que dans une activité correspondant à la capacité de travail qui lui a été reconnue par les médecins qu'il consulte, et que ceux-ci estiment que son état de santé nécessite un arrêt total de travail. Il a confirmé cette position lors de sa comparution personnelle le 25 avril 2006.

14. Enfin, il reste à rappeler à l'assuré qu'il lui est possible de déposer une nouvelle demande de prestations AI au cas où son état de santé aurait subi une aggravation depuis octobre 2005, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue.

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

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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