

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4649/2006

ATAS/1016/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 18 septembre 2007

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , 1207 GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le 1968 au Portugal, vit en Suisse depuis mars 1987. Il a travaillé en dernier lieu comme responsable de rayons chez X_____ jusqu'au 11 mars 2003, date à laquelle il a été licencié en raison de son absence de longue durée pour maladie. Il a déposé le 5 février 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, et l'octroi d'une rente.
2. Son médecin traitant, le Dr A_____, généraliste, a indiqué le 23 février 2004, que son patient souffrait de discopathies sévères étagées multiples, d'un rétrécissement canalaire, d'une hernie discale L4-L5, ainsi que d'une dépression nerveuse réactionnelle aux douleurs chroniques et à la situation de licenciement professionnel. Il considère que l'incapacité de travail est de 100% depuis le 7 mai 2003 et émet un pronostic extrêmement réservé quant à la reprise de son ancien travail ; il envisage par contre la possibilité d'une orientation professionnelle dans une autre activité, avec notamment absence de port de lourdes charges et l'alternance des positions debout et assise par période d'une heure notamment.
3. Dans un rapport du 16 décembre 2004, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a confirmé que l'assuré était incapable de travailler à 100% dans son activité de magasinier, précisant que l'état de santé était stationnaire.
4. Dans un rapport du 1^{er} mars 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu les diagnostics d'état dépressif d'intensité moyenne, sans symptôme psychotique et de syndrome douloureux chronique sur discopathie dorsolombaire. Selon lui le pronostic à long terme est réservé, le patient n'ayant que des capacités d'adaptation limitées. Le traitement psychothérapeutique commencé en septembre 2003 a été interrompu d'un commun accord le 30 juin 2004, du fait que, selon le médecin, la poursuite du traitement à ce stade n'aurait pas amélioré la situation de façon significative. A cette date un état dépressif modéré résiduel persistait.
5. Consulté par le Dr B_____, le Dr D_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a examiné l'assuré le 18 avril 2005 pour discuter d'une éventuelle spondylodèse.
6. L'OCAI a mandaté le Prof. E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise, aucun des médecins ayant suivi l'assuré n'indiquant quelle était la capacité de travail raisonnablement exigible dans un poste adapté.

Le Prof. E_____ a établi un rapport d'expertise le 24 février 2006. Il a posé les diagnostics suivants : lombalgies chroniques avec cruralgie occasionnelle

gauche, troubles de la statique du rachis, dystrophie de croissance lombaire avec discopathies étagées, probable syndrome d'amplification des plaintes, légère surcharge psychologique et antécédents de lithiase urinaires. Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son ancienne activité de magasinier, celle-ci nécessitant notamment le port de charges lourdes. Il a en revanche admis que depuis mars 2003 l'assuré pouvait travailler à 90%, dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kg, par exemple dans l'horlogerie, la petite mécanique, la surveillance de chaîne de production, etc.

7. Dans une note du 2 mai 2006, le Dr F _____ du Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté que l'assuré souffrait de périodes de blocage lombaire deux à trois fois par année, la dernière en mars 2003, qu'une activité lourde n'était plus possible mais que dans une activité adaptée (charge limitée à 15 kg), l'incapacité de travail ne dépassait pas 5 à 10%, qu'il convenait d'éviter les travaux de force, en porte-à-faux, et enfin qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique invalidante.
8. Le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé au calcul du taux d'invalidité. Il s'est fondé sur un revenu avec invalidité de 46'379 fr., compte tenu d'une capacité de travail de 90% et d'une réduction supplémentaire de 10%, selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 - ESS, tableau TA1 pour hommes dans une activité de niveau 4, et sur un revenu sans invalidité de 55'900 fr. Il a ainsi obtenu un taux d'invalidité de 17%.
9. L'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision le 1^{er} septembre 2006, aux termes duquel il n'avait droit à aucune prestation AI, son degré d'invalidité de 17% étant insuffisant pour l'octroi d'une rente ou pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel de reclassement.
10. L'assuré, représenté par Maître Cyril AELLEN, a contesté ce refus. Il rappelle que ses médecins traitants ne partagent pas l'avis du Prof. E _____ quant à son état de santé, qu'une expertise médicale complémentaire devrait dès lors être impérativement mise en place. Il reproche par ailleurs à l'OCAI d'avoir pris en considération un salaire d'invalidé irréaliste. Selon lui retenir un salaire de l'ordre de 1'500 fr. à 2'000 fr. par mois semblerait plus approprié et conduirait à un degré d'invalidité de 57%, justifiant l'octroi de mesures de reclassement et d'une demi-rente d'invalidité.
11. Par décision du 7 novembre 2006, l'OCAI a confirmé le degré d'invalidité de 17% et refusé toute prestation AI.
12. L'assuré a interjeté recours le 11 décembre 2006 contre ladite décision. Il considère que l'OCAI ne saurait se fonder sur le rapport d'expertise du Prof. E _____ qui ne remplit manifestement pas les critères permettant d'admettre sa valeur probante.

Ce rapport est en effet incomplet et en contradiction avec les constatations des médecins traitants. Il conteste également le calcul auquel a procédé l'OCAI pour fixer son taux d'invalidité, en ce sens que celui-ci n'a procédé à aucun abattement selon lui afin de tenir compte de sa nationalité étrangère et de son manque de formation professionnelle. Il estime qu'un abattement de 15% aurait dû lui être appliqué, ce qui aurait permis de lui reconnaître un degré d'invalidité de 29%. Il conclut à l'octroi d'une rente entière.

13. Dans sa réponse du 7 février 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
14. Par courrier du 14 mars 2007, l'assuré a produit une attestation établie par le Dr C _____ le 5 décembre 2006, selon lequel celui-ci rappelle qu'il ne l'a plus revu à sa consultation depuis mai 2004, et suggère qu'un expert psychiatre soit mandaté afin que la situation psychiatrique et l'état de santé actuels soient reconsidérés.

L'assuré souligne par ailleurs que le Dr C _____ avait indiqué dans un rapport du 1^{er} mars 2005, qu'il souffrait de trouble somatoforme douloureux, ce qui pourrait en grande partie expliquer son incapacité de travail.

16. Le Dr A _____ a été entendu le 12 juin 2007 par le Tribunal de céans. Il s'étonne de ce que le Prof. E _____ n'ait pas retenu la hernie discale à titre de diagnostic influençant la capacité de travail et évalue quant à lui à 30-40% la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Il affirme que contrairement à ce qu'a allégué l'expert, il n'y a pas de la part de son patient d'amplification des plaintes. Il considère que le pronostic est plutôt mauvais, ce type de pathologie ne pouvant que s'aggraver. A la question de savoir si son patient présente un trouble somatoforme douloureux, le Dr A _____ a répondu qu'il ne savait pas ce qu'il fallait entendre par un tel trouble.

Le Dr G _____ a été entendu le même jour. Il a confirmé que lorsque l'assuré était venu le consulter, il avait diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne à sévère. Cet état dépressif s'était amélioré, raison pour laquelle ils avaient convenu d'interrompre les consultations.

Le Dr B _____ a été entendu le 4 septembre 2007. Il a déclaré ne pas partager l'avis du Prof. E _____ quant au syndrome d'amplification des plaintes et considère au contraire que les constatations objectives correspondent aux douleurs dont se plaint l'assuré. Le Dr B _____ estime en revanche comme l'expert, qu'une activité légère adaptée serait envisageable. Il confirme par ailleurs que l'assuré souffre effectivement d'une hernie discale ainsi que l'a relevé le Dr A _____, mais souligne qu'elle n'a pas d'influence en tant que telle sur la capacité de travail.

La Dresse I _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a été entendue le même jour. Elle a indiqué que l'assuré l'avait consultée pour la première fois le 30 novembre 2006 et que la relation thérapeutique avait cessé début août 2007. L'assuré présentait un état dépressif majeur au début, puis un état dépressif moyen dès janvier - février 2007. La Dresse I _____ a expliqué que la relation conflictuelle entre son patient et elle-même venait du fait qu'elle ne souhaitait pas témoigner dans le cadre d'une procédure judiciaire.

17. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 novembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations

portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

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 des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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).

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). 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).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).
9. 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 LPG), 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).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus exercer l'activité antérieure.

L'OCAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du Prof. E_____, selon lesquelles l'assuré peut travailler à raison de 90% dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 15 kg plus particulièrement, pour nier le droit de celui-ci à toute prestation AI.

11. L'assuré conteste cette conclusion, considérant que ce rapport d'expertise ne revêt pas de valeur probante.

Or, le Tribunal de céans constate au contraire que tel est bien le cas. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes de l'assuré, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Il y a ainsi lieu de lui accorder toute valeur probante.

12. L'assuré souligne que ses médecins traitants ne partagent pas l'avis du Prof. E_____.

Force est toutefois de constater que le Dr B_____ est d'accord avec l'expert pour dire qu'une activité adaptée serait envisageable, et que la hernie discale n'est pas de nature à influencer la capacité de travail. Il y a au surplus lieu de relever d'une part que tant le Dr B_____ que le Prof. E_____ sont respectivement médecins spécialistes en neurochirurgie et en rhumatologie et d'autre part que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant ayant un mandat de soins, il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, 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).

13. Le Dr G_____ a envisagé la présence de trouble somatoforme douloureux. Le Dr A_____ a quant à lui déclaré qu'il ignorait ce terme.

Il y a ainsi lieu de constater que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été clairement posé. Quoi qu'il en soit les conditions dont la réalisation est exigée par la jurisprudence pour reconnaître qu'un tel trouble soit invalidant ne sont pas réunies.

Le Dr G_____ a diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne, sans symptôme psychotique, état qui s'est amélioré au plus tard en juin 2004. La Dresse I_____, a également retenu un état dépressif moyen, en rémission. Ces épisodes dépressifs ne sauraient dès lors être constitutifs d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. Quoi qu'il en soit, le TFA estime que les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, consid. 3.3.1).

14. Se pose dès lors la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assuré souffrant depuis plusieurs années de lombalgies chroniques essentiellement.

Il ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2). Il vit entouré de son épouse et de ses enfants dont il s'occupe.

Il y a lieu de constater que selon la Dresse I_____, son état dépressif est en voie de rémission. Aussi ne saurait-on parler ni d'un état psychique cristallisé ni d'échec de traitement (3 et 4). Il apparaît ainsi que l'assuré n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

15. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

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'invalidé 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 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5 ; VSI 2002 p. 70).

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

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

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

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

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

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

En tant qu'il représente un salaire social, le gain effectivement réalisé ne peut donc être considéré comme le salaire d'invalidé. Il y a lieu par conséquent de se référer aux statistiques salariales.

16. En l'espèce, l'assuré ne met pas en cause les chiffres retenus par l'OCAI pour le calcul de sa perte de gain, lesquels sont au demeurant conformes aux dispositions légales et à la jurisprudence applicables en la matière, hormis la réduction des salaires statistiques qui devrait, selon son appréciation, s'élever au taux maximum de 15%.

L'OCAI a retenu un taux d'abattement de 10%, contrairement à ce que soutient l'assuré selon lequel aucune réduction n'aurait été prise en considération.

17. S'agissant de la situation personnelle et professionnelle du recourant, le Tribunal de céans constate qu'il est en Suisse depuis 1987, au bénéfice d'un permis d'établissement et était âgé de 38 ans au moment de la décision sur opposition. Il était employé depuis 2003 au sein de la X_____ et peut exercer une activité à 90%. Ainsi, les critères de limitations liés au taux d'occupation et aux années de service ne sont pas remplis, de sorte que la déduction de 10% au plus, retenue par l'OCAI apparaît justifiée. Il n'y a pas lieu de retenir un pourcentage plus élevé. Partant le degré d'invalidité de 17% ne peut être que confirmé.
18. Aussi le recours doit-il être rejeté.
19. Il reste à examiner son droit à une aide au placement. Le juge des assurances sociales doit prendre en considération les modifications du droit jusqu'à la date déterminante de la décision litigieuse - en l'espèce, la décision sur opposition du 7 novembre 2006 - (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).

Or, l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4^{ème} révision de la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Aux termes du nouvel art. 18 al. 1 LAI, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont notamment droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Cette modification ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral mais a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également ATFA non publié du 29 mars 2005, I 776/04). La nouvelle teneur de l'art. 18 al. 1 LAI a été adoptée par le Conseil national - suite au retrait d'une proposition plus contraignante encore pour les offices AI - sans discussion (BO CN 2001, p. 1935). Lors du plenum du Conseil des États, la rapporteure de la Commission a recommandé d'adopter la proposition - ce qui a été le cas sans discussion - notamment en raison du fait que cette nouvelle disposition constituait une base juridique contraignante pour l'activité de placement des offices AI (BO CE 2002 p. 756). L'art. 18 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (cf. ATFA du 22 septembre 2005 I 54/05).

Une aide au placement devra dès lors être accordée à l'assuré, pour autant qu'il en fasse la demande par écrit.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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