

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/661/2009

ATAS/719/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 9 juin 2009**

En la cause

Monsieur F\_\_\_\_\_, domicilié aux AVANCHETS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur F\_\_\_\_\_, né en 1948, est arrivé en Suisse en 1979. Il a travaillé comme concierge à plein temps dès le 1<sup>er</sup> août 1994 auprès de X\_\_\_\_\_ SA et a cessé toute activité lucrative dès le 6 mars 2003.
2. Le 20 janvier 2004, il a déposé à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente et d'un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, dans un rapport adressé à l'OCAI le 7 février 2004, expliqué que son patient souffrait d'un status post-cure névrome de Morton IM du pied droit (opération pratiquée le 30 septembre 2003) et d'une épicondylite du coude droit depuis le mois d'octobre 2003, étant précisé que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.
4. Le 4 mars 2004, le Dr M\_\_\_\_\_, généraliste, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite, d'épicondylite et d'épitrocléite droites, d'état dépressif, d'hypertension artérielle, de diabète type II et de syndrome de Morton récidivant. Il a estimé que l'incapacité de travail en qualité de concierge était entière depuis le 6 mars 2003. Le médecin a ajouté que l'assuré ne pouvait exercer aucune autre activité.
5. Sur demande de l'OCAI, le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, a établi un rapport le 19 avril 2004. Il a retenu les diagnostics d'état dépressif d'intensité sévère avec somatisation (sans symptômes psychotiques), de syndrome douloureux chronique et de céphalées chroniques. Selon le médecin, l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis juin 2003. Il a constaté qu'il s'agissait d'un patient à l'humeur déprimée malgré un traitement médicamenteux antidépresseur. Les plaintes sur son état de santé demeuraient généralisées, de nature souvent hypocondriaque, son attention et son activité étaient centrées sur sa santé physique et psychique avec parfois des auto-accusations sur des erreurs qu'il aurait commises dans le passé. Des épisodes de risque suicidaire plus francs ont jalonné la prise en charge thérapeutique qui visait plutôt l'évitement d'une aggravation qu'une évolution favorable. Le pronostic à long terme semblait réservé, le patient n'ayant que des capacités d'adaptation limitées face aux situations de la vie quotidienne et se sentant sans cesse aux prises avec une vie de famille par moments chaotique (fils toxicomane).

Aussi le Dr N\_\_\_\_\_ a-t-il conclu à une incapacité totale de travailler quelle que soit l'activité envisagée.

6. D'une scanographie lombaire inférieure pratiquée le 25 mars 2003 à l'Institut d'imagerie médicale, il appert que l'assuré présente des séquelles de Scheuermann avec discopathies secondaires, un rétrécissement segmentaire marqué du canal rachidien à la hauteur de l'espace L4-L5, et une arthrose postérieure L5-S1; il n'y avait pas de hernie discale.

L'assuré a par ailleurs été soumis à une scanographie cérébrale le 4 septembre 2003, au terme de laquelle il a été conclu à un encéphale macroscopiquement normal et à une discrète pansinusite chronique touchant le sinus maxillaire droit et les ethmoïdes.

Les radiographies des hanches et du bassin de face datées du 2 février 2004 ont mis en évidence deux formations de 2 mm en surprojection du toit du cotyle droit et gauche, mais pas d'autre anomalie significative.

7. Il a été procédé à un examen bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique dans le cadre du Service médical régional AI (ci-après SMR), examen qui a donné lieu à un rapport du 19 juillet 2005 établi par les Drs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Ils ont posé les diagnostics de gonalgies gauches subaiguës dans un contexte de gonarthrose fémoro-patellaire et déchirure du ménisque interne, corne postérieure, de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire, de podalgies droites chroniques sur status après cure de névrome de Morton, d'épicondylite droite chronique, d'obésité avec BMI à 35, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de trouble factice, de diabète de type II et d'hypertension artérielle, diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Les médecins du SMR ont retenu, sur le plan somatique, une atteinte chronique du rachis lombaire sous forme de troubles statiques et dégénératifs, une atteinte aiguë du genou gauche dans un contexte chronique dégénératif, évoluant depuis sept - huit mois, des podalgies droites chroniques sur status après cure chirurgicale de névrome de Morton avec une inflammation post-opératoire persistante, des épicondylites bilatérales, chroniques à droite, subaiguës à gauche, étant précisé que les médecins ont été étonnés de trouver de tels signes cliniques chez un assuré qui déclarait n'avoir aucune activité depuis mars 2003, une obésité morbide avec un BMI à 35, une suspicion d'apnée du sommeil et des signes manifestes de non-organicité selon Waddel et Smith. Ils ont précisé que les atteintes ostéo-ligamentaires associées à une trophicité musculaire parfaitement conservée étaient révélatrices d'une activité physique nettement plus soutenue que celle alléguée par l'assuré.

Selon les médecins, il présentait ainsi un cortège d'atteintes somatiques modérées qui, chacune prise de façon séparée n'était pas invalidante en soi. Toutefois,

l'ensemble des pathologies observées associé à une obésité morbide, même si celle-ci n'était pas de l'ordre de l'AI, fait qu'ils ont retenu une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, en raison de son atteinte du genou qui n'était pas stabilisée. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, sa capacité de travail a été estimée à 100% depuis mars 2003.

Ils ont dressé la liste des limitations fonctionnelles somatiques, soit : absence de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, absence de position en genuflexion, absence de montée ou descente d'escaliers à répétition, absence de position statique debout au-delà de 45 minutes et en position assise au-delà de 1h30, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, possibilité de varier les positions une fois par heure, de préférence à sa guise, local de travail tempéré.

Du point de vue psychiatrique, les médecins ont constaté des divergences entre les douleurs décrites et les comportements observés, les caractéristiques non-crédibles de douleurs alléguées comme intenses, l'absence de demande de soins, les divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse ainsi que la démonstrativité des plaintes avec un environnement psychosocial intact, et ont conclu qu'il n'existait aucun élément évocateur d'une maladie psychiatrique quelle qu'elle soit outre un trouble factice.

8. Il est par ailleurs apparu que l'assuré avait également travaillé comme distributeur de prospectus à titre indépendant du 21 janvier 1997 au 19 mai 2002 pour l'entreprise Z\_\_\_\_\_ SA à raison de 2 h 30 par jour, cinq jours par semaine.

Interrogé, l'employeur a déclaré, le 26 septembre 2005, que l'assuré avait cessé cette activité pour des raisons personnelles.

9. En date du 28 septembre 2005, l'OCAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Il a pour ce faire pris en considération un revenu annuel brut sans invalidité de 77'459 fr. et un revenu avec invalidité de 52'510 fr., compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée, mais déduction faite d'un abattement de 10%, ce qui donnait un degré d'invalidité de 32,20%.

Un nouveau calcul a été établi, en date du 24 mai 2006, avec un revenu sans invalidité de 69'456 fr. et un revenu avec invalidité de 48'670 fr., déduction faite d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge, ce qui donnait un degré d'invalidité de 29,9%. L'OCAI a tenu compte, s'agissant du revenu sans invalidité, du revenu hypothétique réalisé chez X\_\_\_\_\_ SA en 2004, mais pas de l'activité accessoire exercée jusqu'en 2002.

10. Selon le rapport de réadaptation professionnelle de l'AI daté du 24 mai 2006, le stage d'orientation qui pourrait être proposé à l'assuré n'aurait aucun sens, puisque

celui-ci était convaincu de son incapacité à reprendre une activité même partielle, et qu'une intervention chirurgicale pourrait être agendée vraisemblablement dans le courant de l'automne 2006 selon les possibilités des HUG. La réadaptatrice a dès lors indiqué que si la situation évoluait ou si l'assuré prenait conscience de sa capacité résiduelle, il serait possible, sur demande motivée de sa part, d'envisager une aide au placement dans le cadre de laquelle un stage d'orientation pourrait être au besoin organisé.

11. Par décision du 30 mai 2006, l'OCAI a informé l'assuré qu'il présentait un degré d'invalidité de 29,9%, insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité. L'OCAI a par ailleurs également refusé la prise en charge de mesures d'ordre professionnelles, l'assuré ayant clairement déclaré qu'il se sentait totalement incapable de reprendre une activité lucrative en raison de son atteinte à la santé. La possibilité de mettre en œuvre une aide au placement sur demande écrite et motivée, a été en revanche réservée.
12. Le 29 juin 2006, l'assuré a contesté ladite décision auprès de l'OCAI. Représenté par sa fille, il a reproché aux médecins du SMR d'avoir créé un climat de tension difficilement admissible lors de l'examen et allégué qu'il n'avait pas bien compris les questions qui lui avaient été posées vu son ignorance du français, de sorte que le rapport était truffé d'erreurs grossières dans les faits.

L'assuré a complété son opposition le 26 juillet 2006. Il a produit des documents afin de démontrer les erreurs commises par les médecins du SMR.

13. Invités à se déterminer, les Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ se sont déterminés comme suit :

"concernant la douzaine d'erreurs factuelles mentionnées par la fille de l'assuré, celles-ci concernent des éléments anamnestiques qui n'ont aucun impact sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré et n'influencent donc pas la décision médicale prise. La fille de l'assuré ne conteste pas l'appréciation médicale, la valeur probante de cet examen n'est donc pas remise en question.

Concernant le refus de l'aide d'un membre de la famille, l'assuré s'est présenté à son rendez-vous accompagné d'une femme qu'il nous présente comme une juriste. Pour des raisons de neutralité, la présence éventuelle d'un interprète nécessite une personne neutre et non un proche de l'assuré.

Concernant la troisième question, chaque convocation d'assuré est accompagnée d'un message écrit en grandes lettres et en gras, mentionnant que si l'assuré a besoin d'un interprète, les membres de la famille ou les amis n'étant pas acceptés, il est prié de téléphoner au numéro inscrit sur cette feuille, tout en informant de la langue. L'assuré n'ayant pas répondu à cette demande, il accepte implicitement que l'examen SMR ait lieu sans interprète.

Au cours de l'examen SMR, l'anamnèse a été prise en présence des deux médecins examinateurs. L'assuré a répondu aux questions posées d'une manière ciblée et cohérente, confirmant ainsi la faisabilité de l'entretien en langue française. En cas de doute, l'examineur a répété les questions ou les réponses et l'assuré a acquiescé ou corrigé. On peut donc garantir que la compréhension mutuelle a été suffisante et que les informations écrites dans le rapport d'examen SMR correspondent à ce qui a été dit durant l'entretien.

En conséquence, les arguments formulés dans les deux lettres de contestation ne contiennent aucun élément pouvant remettre en question l'appréciation médicale de la capacité de travail de l'assuré. La position médicale est donc maintenue".

14. Dans un rapport du 20 février 2007, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était modifié de façon notable depuis le 13 novembre 2006, date de la méniscectomie interne partielle gauche sous arthroscopie. Il a confirmé que celui-ci était incapable de travailler à 100% comme concierge et déclaré qu'il ne voyait pas quelle autre activité adaptée il pourrait exercer. S'agissant d'une éventuelle reprise de travail, il a précisé qu'il était trop tôt pour se prononcer. Il a notamment transmis à l'OCAI le rapport de la Clinique Genevoise de Montana dans laquelle l'assuré avait séjourné du 1<sup>er</sup> au 19 décembre 2006 pour suite de traitement et rééducation du genou gauche, suite à l'opération du 13 novembre 2006. Les médecins de la Clinique ont posé les diagnostics de status post-méniscectomie interne partielle à gauche sous arthroscopie et les comorbidités suivantes : un syndrome métabolique avec un diabète type 2 insulino-requérant, une obésité stade 1, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations, un syndrome lombo-vertébral, des gonalgies à droite sur gonarthrose, une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs stade II et une sinusite chronique. Ils ont par ailleurs constaté que les suites de la méniscectomie avaient bien évolué, que l'assuré avait bénéficié de physiothérapie de renforcement musculaire, ce qui avait permis d'augmenter sa force musculaire de son quadriceps gauche, d'augmenter son périmètre de marche et d'améliorer ses douleurs, à tel point que son traitement antalgique avait été arrêté. A la fin de son séjour, l'assuré pouvait marcher, descendre et monter les escalier sans difficulté. Durant son séjour, l'assuré avait également été sensibilisé à l'importance d'une structure alimentaire équilibrée et d'une activité physique.
15. Le médecin du SMR a constaté, dans une note du 5 mars 2007, que la pathologie du genou gauche avait évolué de façon suffisamment favorable pour permettre une reprise théorique de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2007, selon les exigibilités fournies en 2005 par le SMR. En effet, l'assuré avait bien participé à la physiothérapie, avait récupéré deux centimètres de muscle au quadriceps gauche pour arriver à un périmètre presque identique au droit, et le traitement antalgique avait pu être interrompu. Par ailleurs, le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique n'avait pas l'intensité telle qu'il en diminuait la

capacité de travail : l'assuré avait bien collaboré, s'était montré désireux de mettre en place des activités physiques et une modification de son alimentation afin de mieux maîtriser son diabète. Selon le médecin du SMR, tous ces éléments parlaient contre une affection psychiatrique grave limitant la capacité de travail. En résumé, les éléments médicaux nouveaux ne modifiaient pas l'exigibilité et les limitations fonctionnelles annoncées en juillet 2005.

16. Par décision du 7 mars 2007, l'OCAI a confirmé son refus de rente et de mesures d'ordre professionnel.
17. L'assuré a interjeté recours le 20 avril 2007 contre ladite décision. Il a contesté l'examen SMR, alléguant notamment qu'aucun interprète n'était présent lors de l'entretien et que l'expertise s'était déroulée dans un climat de tension extrême. Il reproche à l'OCAI d'avoir ignoré son état somatique et psychique. Il a produit un rapport établi par la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, le 17 avril 2007, aux termes duquel il présentait une problématique somatique et psychologique lourde, soit un état dépressif avec somatisation en partie secondaire aux différents problèmes somatiques et à des problèmes familiaux très difficiles, une hypertension artérielle encore mal contrôlée, un diabète de type II insulino traité, une gonarthrose droite et une obésité (BMI à 32). Selon le Dr Q \_\_\_\_\_, l'état dépressif était au premier plan malgré un traitement médicamenteux et la reprise d'une activité professionnelle n'était actuellement pas envisageable.
18. En date du 19 février 2008, le Tribunal de céans a rendu son jugement. Il a considéré qu'il était difficile d'accorder à l'examen psychiatrique du SMR pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, attendu que les médecins du SMR avaient admis avoir commis des erreurs dans le cadre de l'anamnèse et que l'assuré n'avait pas renoncé à la présence d'un interprète lors de l'examen, s'y étant présenté avec une personne devant vraisemblablement fonctionner comme interprète. Il a ainsi renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée et plus particulièrement pour expertise psychiatrique et nouvelle décision.
19. L'assuré a été soumis, le 1<sup>er</sup> septembre 2008, à une expertise psychiatrique par le Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 15 septembre 2008. Celui-ci a posé les diagnostics de trouble somatoforme (F45) et de personnalité frustrée (F60.8), diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail et a repris les diagnostics retenus par la Clinique de Montana sur le plan somatique.

Durant l'entretien, l'expert n'a notamment pas relevé l'existence d'un trouble formel de la pensée, de bizarreries au niveau du langage, d'idées délirantes simples ou systématisées, de troubles de la perception, d'idées de concernement, simples ou

à caractère délirant, de ralentissement psychomoteur, d'idées de ruine, d'inutilité ou encore d'idéation suicidaire, de claustrophobie, d'agoraphobie ou de phobies sociales. Toutefois, il existait un sentiment de dévalorisation et d'infériorité, la concentration était légèrement perturbée et l'assuré disait avoir des idées noires. L'expert a indiqué que lors de l'entretien, il n'avait pas pu mettre en évidence de signes ou de symptômes clairs et nets d'un état dépressif malgré un certain côté démonstratif de l'assuré. Il a également considéré que l'assuré n'avait pas un comportement qui correspondait à celui d'une personne souffrant de dépression. En effet, il lisait les journaux, regardait la télévision, s'intéressait au sport, partait en vacances au Portugal et prenait sa voiture pour effectuer de petits trajets, soit notamment pour rendre visite à sa fille en France voisine ou s'occuper de sa petite-fille. Les signes et symptômes observés, tels que la tension nerveuse, l'irritabilité, la tristesse légère, l'humeur dépressive légère et le sentiment de dévalorisation correspondaient à un état mixte anxio-dépressif et semblaient concorder avec l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme que l'assuré avait développé au cours de ces dernières années. Il n'existait, d'après l'expert, aucune comorbidité psychiatrique conformément aux critères de gravité de Mayer et Blaser ou de cristallisation psychique. Il a précisé que l'assuré ne prenait pas ses médicaments et qu'il en était surpris.

L'expert a conclu que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychique et social, de sorte qu'une entière capacité de travail devait être retenue. Il a préconisé que l'assuré soit convoqué par l'OCAI, celui-ci ayant déclaré souhaiter travailler dans une activité adaptée à ses limitations physiques.

20. Par avis du 24 septembre 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ du SMR a déclaré que le rapport d'expertise confirmait celui du SMR et que la capacité de travail de l'assuré était ainsi de 50% dans sa précédente activité de nettoyeur et de concierge et de 100% dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de mars 2003.
21. Le 4 novembre 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité, étant précisé que l'évaluation du taux d'invalidité précédemment effectuée était toujours valable et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, attendu qu'elles ne seraient ni simples ni adéquates, l'assuré ne présentant aucune certification reconnue. De plus, il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées qui pouvaient être exercées sans qu'une formation professionnelle ne soit nécessaire. Une aide au placement pouvait être envisagée sur demande.
22. Par courrier du 23 janvier 2009, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Il a notamment estimé qu'il ne pouvait pas exercer d'activité professionnelle physique et qu'un emploi de bureau nécessitait un minimum de formation, de sorte qu'il ne

comprenait pas à quelle activité l'OCAI faisait allusion dans le cadre de son projet de décision. Il a également rappelé qu'il était déjà âgé de 60 ans.

23. Par décision du 26 janvier 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 4 novembre 2008.
24. Par acte du 26 février 2009, l'assuré, représenté par Me Henri NANCHEN, a recouru auprès du Tribunal de céans contre ladite décision, sollicitant l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2003. Il soutient que le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ n'avait aucune valeur probante, car il contenait lacunes, contradictions, préjugés et considérations subjectives non étayées. Il allègue que l'expert aurait dû prendre en considération les avis de ses médecins traitants, soit ceux des Drs N\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et que sa capacité de travail ne pouvait pas être supérieure à 25%. En effet, il souffrait de lombalgies chroniques, de podalgies aiguës, diagnostiquées comme un névrome de Morton, d'épicondylite droite, d'obésité importante, de gonalgies chroniques et d'un épisode dépressif récurrent, réactionnel à ses souffrances somatiques et aux problèmes relationnels avec son fils polytoxicomane. Il ne comprenait du reste pas quelle activité il pouvait encore exercer actuellement, qui serait adaptée à son état de santé ainsi qu'à son cursus scolaire et professionnel. L'assuré a enfin procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 25%. D'après lui, son degré d'invalidité était de 82.48%, degré lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.
25. Par réponse du 26 mars 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il considère que le rapport d'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que le calcul du degré d'invalidité effectué par l'Office ne prêtait pas le flanc à la critique. Il a enfin relevé que les secteurs de la production et des services recouvraient un large éventail d'activités, comprenant un nombre significatif d'activités légères et adaptées aux handicaps de l'assuré.
26. Suite à la transmission de la réponse de l'OCAI à l'assuré en date du 7 avril 2009, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 26 janvier 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente dès mars 2004 ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente et à une mesure d'ordre professionnel.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 294 consid. 4c *in fine*).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
8. En l'espèce, dans sa décision du 7 mars 2007, l'OCAI avait nié le droit de l'assuré à toute prestation sur la base du rapport rhumato-psychiatrique du SMR du 19 juillet 2005. Cependant, par jugement subséquent du Tribunal de céans, la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire concernant l'état de santé psychique de l'assuré. Suite à une expertise conduite par le Dr R\_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles du SMR du 19 juillet 2005, de sorte que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.
- 8.1. Sur le plan somatique, il ressort du dossier que tant l'examineur du SMR que les divers autres médecins qui ont examiné l'assuré, ont tous posé des diagnostics similaires.

Les médecins traitants ne se sont cependant pas prononcés clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, au contraire de l'examineur du SMR qui a conclu que sa capacité de travail était entière depuis mars 2003 dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles qui concernaient l'absence de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, de position en genuflexion, de montée ou descente d'escaliers à répétition, de position statique debout au-delà de 45 minutes et en position assise au-delà de 1h30, de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis et la possibilité de varier les positions une fois par heure, de préférence à sa guise ainsi que le travail dans un local de travail tempéré. L'examineur du SMR a relevé que la capacité de travail devait notamment être réévaluée après perte pondérale et éventuel traitement chirurgical du genou gauche. Ce traitement chirurgical a eu lieu en date du 13 novembre 2006 et l'assuré a séjourné à la Clinique de Montana pour suite de traitement et rééducation. D'après les médecins de cette Clinique, l'état de santé de l'assuré avait bien évolué avec augmentation de la force musculaire des membres inférieurs et interruption du traitement antalgique et l'assuré avait même été capable de monter et descendre les escaliers sans problème à la fin du séjour. Un

médecin du SMR avait ainsi conclu dans une note du 5 mars 2007 que l'assuré pouvait, eu égard à ses atteintes physiques, débiter une activité lucrative dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Au vu de ce qui précède, il appert que les conclusions du rapport du SMR du 19 juillet 2005, confirmées par les médecins de la Clinique de Montana, doivent être suivies en ce qui concerne l'état de santé somatique de l'assuré.

Au demeurant, il y a lieu de relever que le rapport SMR présente valeur probante au sens de la jurisprudence en ce qui concerne le volet somatique, l'examineur s'étant basé sur les plaintes de l'assuré, sur son dossier radiologique et ayant clairement exposé les résultats des examens effectués, les diagnostics et motivé ses conclusions. Enfin, le fait qu'il existe des erreurs qui se soient glissées dans le cadre de l'anamnèse (cf. ATAS/200/2008, p. 11), n'a pas de répercussion sur les conclusions portant sur l'état de santé somatique de l'assuré, et ne permet pas non plus de mettre en doute l'objectivité de l'examineur.

- 8.2. Pour ce qui est de l'état de santé psychique de l'assuré, le Dr R\_\_\_\_\_, a retenu, dans son rapport d'expertise du 3 juillet 2008, les diagnostics de trouble somatoforme (F45) et de personnalité frustrée (F60.8), diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychique et social, de sorte qu'une entière capacité de travail devait être retenue.

Ce rapport est basé sur une anamnèse détaillée familiale, professionnelle et médicale, sur les plaintes de l'assuré et sur son dossier médical. Les constatations objectives sont exposées de manière limpide. Les diagnostics sont posés et les conclusions bien motivées. En effet, on comprend pourquoi les diagnostics ont été retenus et ce qui a conduit l'expert à conclure à une entière capacité de travail, sans limitations fonctionnelles.

L'assuré soutient que ce rapport contiendrait contradictions et préjugés, sans toutefois motiver son point de vue. Le Tribunal ne comprend pas à quels éléments l'assuré fait allusion et constate au contraire que l'expert a fait un exposé objectif de l'état de santé de l'assuré, puis, a apprécié les résultats des examens effectués pour en tirer des conclusions. Le fait, par exemple, que selon l'expert, l'assuré présente dans son quotidien un comportement qui ne correspond pas à celui d'un malade qui souffre d'une dépression est le résultat de l'appréciation de constatations objectives de l'expert et n'est pas un indice permettant de remettre en cause le bien-fondé du rapport d'examen.

Le Tribunal considère ainsi que ce rapport présente valeur probante au sens de la jurisprudence.

8.3. Le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé, au mois d'avril 2004, le diagnostic de syndrome douloureux chronique et de trouble dépressif d'intensité sévère avec somatisation (sans symptômes psychotiques) et de céphalées chroniques et a déterminé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le mois de juin 2003. Son rapport met certes en évidence des diagnostics différents de ceux retenus par l'expert et des conclusions divergentes concernant la capacité de travail, cependant, le psychiatre a indiqué que les plaintes de l'assuré étaient généralisées, de nature souvent hypocondriaque, son attention étant centrée sur sa santé psychique et physique, considérations qui vont dans le même sens que celles de l'expert. Il doit également être constaté que le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ n'est que succinct et peu motivé, de sorte qu'il ne saurait remettre en cause le rapport probant de l'expert, lequel l'avait du reste pris en considération.

Quant au rapport du Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie-diabétologie, il ne saurait remettre en doute les conclusions d'un spécialiste en psychiatrie.

Par conséquent, il apparaît que les conclusions des Drs N\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ne permettent pas au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise.

8.4. Reste à déterminer si le trouble somatoforme mis en exergue par l'expert et dont souffre l'assuré est invalidant.

8.5. 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 294 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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 maladif 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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

- 8.6. Il y a lieu d'examiner dans un premier temps si l'assuré présente une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée. L'expert a retenu que l'assuré présentait un sentiment de dévalorisation et d'infériorité, une légère perturbation de la concentration, des idées noires ainsi qu'une tension nerveuse, une irritabilité, une tristesse légère, une humeur dépressive légère, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation correspondant à un état mixte anxio-dépressif. L'expert n'a pu objectiver aucune limitation relative à l'état de santé psychique de l'assuré. Ces constatations ne permettent manifestement pas de conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité et de son acuité au sens de la jurisprudence.

Les autres critères permettant de conclure à l'exigibilité, au plan psychique, de la reprise d'une activité lucrative, ne sont pas non plus remplis. En effet, même s'il peut être considéré qu'il existe des affections somatiques chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il n'apparaît pas que l'assuré subisse de perte d'intégration sociale, présente un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou que les traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art aient échoués.

8.7. Par conséquent, c'est avec raison que l'OCAI a considéré que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'avait pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence et que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme retenu tant par l'examineur SMR que par l'expert psychiatre.

9. Il y a ainsi lieu de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré.

10. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Chez les assurés actifs, le taux d'invalidité s'obtient en comparant le revenu du travail qu'il pourrait acquérir 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, à celui qu'il aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI; méthode générale de comparaison des revenus).

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 222 et 128 V 174).

Le revenu d'invalide 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 75 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 75 consid. 5)

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 222 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

11. En l'espèce, dans son calcul du degré d'invalidité du 24 mai 2006, l'OCAI a déterminé le revenu sans invalidité sur la base des renseignements fournis par le dernier employeur de l'assuré. Le revenu avec invalidité a quant à lui été basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, tableau TA1, tous secteurs confondus pour des activités simples et répétitives, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis son arrêt de travail en 2003. Le montant ainsi obtenu a été adapté à la durée normale de travail en 2004 (Vie économique 1-2 2009, tableau B 9.2) et l'OCAI a procédé à un abattement de 15%. Le Tribunal de céans considère que l'abattement retenu de 15% suffit à prendre en compte les limitations fonctionnelles ainsi que l'âge de l'assuré, de sorte qu'un taux plus important ne se justifierait pas. Le calcul auquel a procédé l'OCAI n'est dès lors pas critiquable.

Le taux d'invalidité de 29,9% n'est pas susceptible d'ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, de sorte que le recours sera rejeté sur ce point.

12. Se pose enfin la question de l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel, soit en particulier d'une mesure de reclassement ou d'une aide au placement.
  - 12.1. À teneur de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 1bis 2<sup>ème</sup> phrase LAI prévoit que lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante.

De plus, l'art. 8 al. 3 let. b LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

Selon l'art. 17 al. 1 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.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré

une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'étendue de ces 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). 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. 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).

Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

12.2. En l'espèce, l'assuré remplit manifestement les conditions objectives du droit au reclassement soit, la diminution de capacité de gain de plus de 20% et le changement de profession.

Toutefois, même si l'expert psychiatre a, dans son rapport du 3 juillet 2008, expliqué que l'assuré se disait prêt à débiter une activité lucrative, il a également soulevé son ambivalence concernant une telle reprise, de sorte qu'il est difficile de déterminer si l'assuré présente actuellement la volonté d'en entreprendre une.

Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, il y a lieu de considérer, que sur un marché du travail équilibré, il existe un éventail suffisamment varié d'activités pouvant être exercées par l'assuré sans qu'une formation professionnelle ne soit nécessaire.

Quoi qu'il en soit, au moment de la décision dont est recours, l'assuré était âgé de 60 ans. Au vu du nombre de mois, voire d'années nécessités par une mesure de reclassement professionnel, il y a lieu de constater que le temps dont dispose l'assuré pour mettre à contribution sa capacité de travail dans une profession nouvellement apprise serait bref. Le coût de la mesure serait ainsi en totale disproportion avec le but visé.

Par conséquent, la décision de l'OCAI sera également confirmée sur ce point.

12.3. L'OCAI a enfin fait savoir à l'assuré, dans sa décision du 26 janvier 2009, qu'une mesure d'aide au placement pourrait être octroyée à sa demande. Il sera ainsi rappelé à l'assuré qu'il pourra solliciter en tout temps une telle mesure s'il en ressent le besoin.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Le déclare recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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