

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/803/2009

ATAS/556/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Plan-les-Ouates, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Teresa SOARES et Evelyne
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant soudanais devenu helvétique, né en 1963, marié, père de trois enfants nés en 2003, 2006 et 2007, est arrivé en Suisse en 1992.
2. Le recourant a fréquenté les écoles obligatoire, intermédiaire et secondaire, et a effectué des études universitaires (faculté de lettres, licence non achevée) au Soudan, avant de venir en Suisse, où il a travaillé comme ouvrier d'ébarbage et a ensuite appris la profession d'aide-soignant qu'il a exercée à partir de 1998, en dernier lieu auprès de X_____ pour un salaire annuel brut de 86'443 fr. (selon les documents communiqués par X_____, plus fiables que le bordereau de taxation 2006), soit de 81'443 fr. allocations familiales et de naissance déduites.
3. Le 25 novembre 2006, après avoir relevé une patiente qui était tombée, le recourant a commencé à avoir mal partout, plus particulièrement au niveau de la nuque, des épaules, des mains et de la région lombaire. Depuis cet événement, le recourant a été en incapacité totale de travail.
4. Le 20 décembre 2006, l'assuré a fait l'objet d'un scanner de la colonne lombaire par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie. Ce dernier a observé une sténose canalaire de L4-L5 sur une hernie discale à large base médiane et paramédiane. Il n'y avait pas d'autres anomalies à signaler.
5. Le 11 janvier 2007, le recourant a subi une IRM de la colonne cervicale effectué par la Dresse M_____, spécialiste FMH en radiologie. Cette dernière a conclu à un possible trouble statique du rachis cervical à confronter à des radiographies en position debout, à un canal cervical étroit constitutionnel, accentué en regard de C6-C7, en raison de la discopathie et une discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7 avec saillie discale médiane aux deux niveaux.
6. Dans une lettre à l'employeur du recourant du 7 novembre 2007, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil des X_____, a indiqué qu'il avait revu une seconde fois le recourant, que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il craignait dès lors une inaptitude définitive à remplir sa fonction d'aide-soignant. Il estimait qu'il convenait d'entreprendre des démarches auprès de l'assurance-invalidité en vue d'une réadaptation professionnelle ou d'une rente.
7. Le 23 janvier 2008, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (devenu l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE; ci-après : OAI) visant exclusivement à l'octroi d'une rente. Concernant l'atteinte à sa santé, il a

déclaré une névralgie cervico-brachiales par hernies et idem au rachis lombaire depuis le 25 novembre 2006.

8. Dans un rapport médical AI du 1^{er} février 2008, les Dr O _____, médecin traitant et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Dr P _____, médecin répondant, auprès de la Permanence Médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une cervicalgie chronique et une lombosciatalgie droite depuis novembre 2006. Ils ont notamment indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignant était totale depuis le 28 novembre 2006 et qu'il était nécessaire d'effectuer des tests de réadaptation professionnelle afin de connaître les capacités habituelles de l'assuré.

Dans l'annexe au rapport médical, les médecins précités ont indiqué que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité habituelle était très importante, que cette activité n'était plus exigible, que sa capacité de travail dans cette activité ne pourrait pas être améliorée, mais qu'une activité adaptée, avec diminution de rendement, était exigible.

Dans une autre annexe, les Drs O _____ et P _____ ont indiqué que le recourant pouvait exercer des activités uniquement en position assise mais qu'en revanche, il ne pouvait ni exercer des activités uniquement en position debout ou des activités dans différentes positions ou exercées principalement en marchant, ni se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête ou accroupi ou à genoux, ni monter sur une échelle ou des escaliers, ni soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg, en précisant que sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées.

Dans le rapport médical concernant les capacités fonctionnelles du même jour, les médecins précités ont indiqué que le recourant disposait des facultés fonctionnelles suivantes : position assise, position debout, alternance des positions assis / debout, alternance assis / debout / marche, fonctionnement intellectuel normal, parcours à pied et comportement acceptable par l'entourage. En revanche, l'assuré n'avait pas les facultés fonctionnelles suivantes : même position du corps pendant longtemps, position à genoux, inclinaison du buste, position accroupie, utilisation des 2 bras - mains, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, mouvements des membres ou du dos, horaire irrégulier, travail en hauteur ou sur une échelle et déplacements sur un sol irrégulier ou en pente.

9. Dans un rapport d'entretien du 4 mars 2008, l'OAI a relevé notamment que l'assuré semblait souffrir durant l'entretien car il bougerait beaucoup sur son siège, s'asseyait sur une fesse et se levait de temps à autre, qu'il était encore très algique, qu'il ne supportait pas même les vibrations de l'autobus, qu'il essayait d'éviter les mouvements inutiles et le contact trop spontané avec ses enfants, qu'il faisait beaucoup d'efforts pour supporter la douleur, qu'il était un peu inquiet pour son

avenir car il avait l'impression que la situation se dégradait et qu'il avait peur de subir une intervention qui pouvait ne pas réussir et entraîner une paralysie.

Après avoir conclu que la situation médicale était non stabilisée, qu'il y avait une impossibilité de reprendre l'activité habituelle d'aide-soignant et qu'il était trop tôt pour se déterminer sur la possibilité d'exercer une autre activité adaptée, l'OAI n'a proposé aucune mesure d'intervention précoce pour le motif que l'assuré n'était pas capable subjectivement et objectivement de se projeter dans une activité professionnelle quelconque, en ajoutant qu'il faudrait étudier les conditions de droit à des prestations financières.

10. Dans un avis médical du 6 mars 2008, le Dr P _____ du Service médical régional AI de Suisse romande (ci-après : SMR), sans spécialisation indiquée, a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr O _____ lors duquel ce dernier lui avait dit que la profession d'aide-soignant ne paraissait plus guère envisageable, en raison des problèmes lombaires et cervicaux empêchant l'assuré de faire des efforts tant avec le dos qu'avec la nuque, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant son dos et la nuque, soit plutôt en position assise, sans mouvements répétitifs de la nuque, le recourant devrait pouvoir travailler normalement et qu'il paraissait utile qu'il soit en réadaptation et éventuellement qu'il fasse un stage professionnel en vue d'une évaluation.
11. En mars 2008, l'OAI a adressé une demande d'expertise au Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.
12. Dans une lettre à l'employeur du recourant du 5 juin 2008, le Dr N _____ a indiqué qu'il avait revu le recourant, que son problème de santé ne s'était pas amélioré, qu'il restait donc inapte à remplir sa fonction d'aide-soignant pour une durée indéterminée et qu'il ne pourrait certainement pas reprendre son poste avant la fin de ses droits aux prestations qui approchait. Il a ajouté que la demande d'intervention de l'assurance-invalidité devrait aboutir à une rente, une réadaptation / reclassement professionnel paraissant illusoire.
13. Dans son rapport d'expertise du 9 juin 2008, après avoir exposé les anamnèses médicale, systématique, familiale et les plaintes de l'assuré, le Dr Q _____ a indiqué que, sur le plan somatique, l'assuré portait, constamment, une minerve et une ceinture lombaire et qu'il montait les escaliers en faisant des mouvements non coordonnés et exagérés. Lors de l'examen clinique, il retenait tous les mouvements. Lorsque le sujet ne devait pas se concentrer sur son problème physique et discutait d'autre chose, il bougeait parfaitement normalement, sans aucune douleur. L'examen clinique était donc ininterprétable. Les plaintes ne correspondaient pas à une atteinte neurologique ou rhumatologique précise. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire ou de diminution de la force des quatre membres pouvant être mis sur le compte du canal cervical étroit et de l'hernie discale L4-L5. La façon de marcher et

de monter les escaliers démontraient plutôt le contraire soit une utilisation importante de la force des quatre membres. L'examen des articulations et leur palpation permettait d'écarter une maladie inflammatoire telle une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ankylosante ou une collagénose. La recherche de points douloureux signant une fibromyalgie était négative. Le Dr Q_____ a ajouté qu'il était étonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail. D'un point de vue somatique, il ne pouvait donc pas expliquer l'état général du patient. Il a été obligé d'évoquer une majoration des symptômes d'origine psychologique, ou un syndrome somatoforme douloureux ou une simulation. N'étant pas psychiatre, l'expert n'a pu donc prendre de conclusion et a dû se contenter d'évoquer ces diagnostics. Selon lui, l'avis d'un expert psychiatre était donc nécessaire.

Le Dr Q_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane, depuis 2006 (M51.1) et des cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit en C6-C7, depuis 2006 (M50.3). Il n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter des charges de plus de 10 kilos, ne pas soulever des charges de plus de 10 kilos, éviter les positions en flexion du rachis, éviter la station debout prolongée (pas plus de 45 minutes) et pouvoir changer régulièrement de position (toutes les 45 minutes).

Il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler comme aide-soignant mais qu'en revanche, en respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail serait entière, avec une diminution de rendement de 20%.

S'agissant d'une réadaptation professionnelle, le Dr Q_____ a indiqué que, compte tenu du caractère ininterprétable de l'examen rhumatologique, de la majoration des symptômes, et du fait que l'expertisé ne pensait pas pouvoir retravailler, il ne croyait pas que des mesures de réadaptation seraient possibles.

L'expert a conclu en indiquant qu'il lui paraissait essentiel de demander un avis psychiatrique.

14. Dans un avis médical du SMR du 19 juin 2008, le Dr P_____ a conclu à la nécessité de mettre en œuvre un examen psychiatrique de l'assuré, vu la conclusion de l'expert à ce sujet.
15. Dans un rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 10 juillet 2008, après avoir exposé les anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique du recourant, ainsi que les habitudes et la vie quotidienne de ce dernier, le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et diagnostiqué, sans

répercussion sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0).

Dans l'appréciation du cas, le Dr R_____ a indiqué que l'anamnèse psychiatrique ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. L'expertise faite par le Dr Q_____ du 9 juin 2008 signalait des lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane et des cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit C6-C7. Etant donné que les plaintes douloureuses exprimées par l'assuré correspondaient à la pathologie rhumatologique mentionnée ci-dessus, un trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu. En revanche, d'après la CIM-10, étant donné la présence d'une compatibilité avec un processus physio-pathologique et d'un sentiment de détresse, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F 68.0) devait être retenu. L'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité n'avaient pas été constatés. Etant donné l'absence de trouble cognitif dû à une thymie dépressive, et de la présence d'un sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux, un trouble de l'humeur, quelque soit son intensité, ne pouvait pas être retenu.

Il a conclu que la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, était de 100%, depuis toujours.

16. Dans un avis médical du SMR du 28 juillet 2008, le Dr P_____ s'est référé aux expertises rhumatologie et psychiatrique pour conclure que la capacité de travail du recourant restait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, tout au plus, une légère baisse de rendement ne dépassant pas 20% pouvait être admise.
17. Dans un certificat du 8 août 2008, le Dr O_____ a indiqué que l'état de santé du recourant contre-indiquait à ce moment la mise en place de mesure de réadaptation et nécessitait l'octroi d'une rente.
18. Dans un avis du 30 octobre 2008, le Service de réadaptation a retenu que, compte tenu de l'absence de motivation du recourant à une réadaptation de son poste de travail, il n'y avait pas lieu d'octroyer des mesures d'ordre professionnel.
19. Le 11 novembre 2008, l'OAI a adressé un projet de refus de reclassement, en se référant à l'avis de son Service de réadaptation.
20. Le même jour, l'OAI a adressé un projet de refus d'octroi de rente d'invalidité, pour le motif que la comparaison du revenu sans invalidité de 82'858 fr. avec le revenu

avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 tous secteurs confondus, niveau 4, pour un homme, ligne «total»), avec une baisse de rendement de 20%, de 60'226 fr. pour une capacité de travail de 100%, faisait apparaître un degré d'invalidité de 27%, soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

21. Par courrier de son avocate du 8 décembre 2008, le recourant s'est opposé aux deux projets de décision de l'OAI. Il a contesté son manque de motivation à un reclassement professionnel. Par ailleurs, il a contesté les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, a estimé qu'une expertise rhumatologique voire neurologique devrait être effectuée et a également critiqué le manque de précision de la détermination du degré d'invalidité.
22. A la demande de son médecin traitant, le recourant a effectué un stage auprès de l'atelier de Réadaptation Préprofessionnelle du Service de Neuro-Rééducation de X_____. Dans un rapport du 26 janvier 2009, le technicien responsable de l'atelier, B_____, a indiqué que le recourant avait été parfaitement collaborant dans la limite de ses capacités physiques, bien que fortement handicapé par ses douleurs. Sa capacité de travail n'avait pas dépassé une heure par jour deux fois par semaine. Malgré sa volonté évidente d'arriver à un meilleur résultat, son temps de travail n'avait pu être augmenté et l'assuré avait systématiquement été renvoyé chez lui vu l'amplitude évidente de ses douleurs. Sa capacité à rester dans la même position ne dépassait pas quelques minutes et il était obligé de continuellement déambuler dans l'atelier. Le technicien responsable a conclu qu'il avait déconseillé au recourant de faire appel au chômage vu son inaptitude totale au placement dans le marché économique primaire et qu'il n'entrevoit aucune possibilité, ni de reclassement professionnel, ni d'emploi protégé vu le rendement devant être considéré comme nul.
23. Dans un avis médical du SMR du 3 février 2009, le Dr P_____ a considéré que, contrairement aux griefs du recourant, ce dernier a fait l'objet d'une expertise rhumatologique réalisée selon les règles de l'art et également d'un examen psychiatrique, que les deux spécialistes mettaient en premier lieu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et qu'il n'y avait dès lors aucune raison de faire une expertise médicale.
24. Par deux décisions du 9 février 2009, l'OAI a confirmé ses deux projets de décision du 11 novembre 2008.
25. Par lettre au conseil du recourant du 16 février 2009, le Dr O_____ a indiqué que le recourant présentait un état d'anxiété résultant de son status social et douloureux traité et que le stage professionnel effectué par l'assuré confirmait son inaptitude totale.

26. Par acte du 9 mars 2009, l'assuré a recouru contre la décision de refus de rente, en concluant principalement à l'annulation de cette décision, à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique voire neurologique et à l'octroi d'une rente d'invalidité, avec suite de dépens. Il a indiqué que la décision reposait sur des constatations médicales incomplètes, en ce sens que l'expert avait omis de tenir compte d'une hernie, de ses problèmes plantaires et gastriques, que le psychiatre du SMR n'avait pas examiné si les conditions de la dépression étaient réalisées et que le problème des violentes douleurs n'avait pas été examiné. Il a ajouté que l'expertise du Dr Q_____ était incomplète et partielle : les maux dont souffrait le recourant avaient été mal relatés, la partialité de l'expert ressortait de son attitude ayant en particulier consisté à immédiatement qualifier le recourant de simulateur, les avis contraires des autres médecins n'avaient pas été pris en compte, le rapport était contradictoire en retenant d'un côté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignant et de l'autre une capacité de travail entière dans cette profession en tenant compte des limitations fonctionnelles. Il a estimé que, dès lors, une expertise rhumatologique voire neurologique se justifiait. Le recourant a également critiqué l'évaluation de son degré d'invalidité, en ce sens que le revenu sans invalidité pris en compte (82'858 fr.) était inférieur à celui qu'il réalisait avant de tomber malade (86'443 fr. 15) et ne prenait pas en considération les indexations et augmentations qui seraient intervenues jusqu'en 2008, et que le revenu avec invalidité ne prenait pas en compte ses limitations fonctionnelles, ni son origine et son âge.
27. Par acte du 10 mars 2009, l'assuré a recouru contre la décision de refus de reclassement, en concluant principalement à l'annulation de cette décision, à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique voire neurologique et à l'octroi d'un reclassement professionnel, avec suite de dépens. Il a repris en substance la même argumentation que celle de son recours de la veille, en estimant son degré d'invalidité à 54%, ce qui lui donnait droit à un reclassement.
28. Par réponses du 20 avril 2009, l'OAI a conclu au rejet des recours. Il a indiqué que les rapports d'expertise rhumatologique et d'examen psychiatrique remplissaient les critères pour leur reconnaître une pleine valeur probante, que le Dr Q_____ avait bel et bien pris en compte l'hernie discale, qu'il avait repris l'ensemble des pièces médicales et les avaient analysées en détail et que le fait de ne pas suivre l'avis des médecins traitants de l'assuré ne suffisait pas à qualifier l'expertise de partielle. Il a ajouté que, conformément à la jurisprudence, les conclusions du stage effectué chez X_____ ne devaient pas supplanter les conclusions de l'expert médical et qu'en définitive, il n'existait aucun élément susceptible de remettre en cause les deux rapports susmentionnés, de sorte qu'une nouvelle expertise n'était pas utile. A l'appui de cette argumentation, l'OAI a produit un avis du SMR du 7 avril 2009 étayant sa position. Il a ajouté que le revenu sans invalidité ne prenait pas en compte les allocations familiales, raison pour laquelle il avait été fixé à 82'858 fr., que le revenu avec invalidité avait été établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 tous secteurs confondus, niveau 4, pour un

homme, ligne «total», avec une baisse de rendement de 20% qui tenait compte à satisfaction des limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, l'OAI a relevé que les médecins traitants du recourant avaient également constaté que la motivation pour une reprise du travail était partielle et que le recours contre le refus de rente confirmait que l'assuré n'était subjectivement pas apte à une réadaptation.

29. Par ordonnance du 27 avril 2009, la jonction des causes A/803/2009 (refus de rente) et A/820/2009 (refus de reclassement) a été ordonnée.
30. Par courrier de son avocate du 13 mai 2009, le recourant a indiqué que l'avis du Dr N_____, qui était un médecin neutre, devait être pris en compte, et qu'il n'y avait pas lieu de déduire les allocations familiales dans la détermination du revenu sans invalidité, lequel devait de surcroît être augmenté compte tenu d'une prime annuelle de 35%, devenue un 13^{ème} salaire par la suite.
31. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 25 février 2010, le Dr N_____ a déclaré qu'il s'était occupé du recourant en qualité de médecin conseil en le rencontrant à 3 reprises, soit les 17 juillet 2007, 1^{er} novembre 2007 et 29 mai 2008. Il l'avait vu précédemment à 2 reprises, relativement à son emploi chez X_____, soit lors de son engagement, le 28 août 1998, et lors de sa nomination, le 18 juin 2001, étant précisé que le recourant était alors en bonne santé.

En novembre 2007, le témoin craignait effectivement une inaptitude définitive du recourant à remplir sa fonction, étant impressionné par les symptômes qu'il présentait, à savoir des douleurs lombaires et cervicales.

Dans son courrier du 7 novembre 2007, il a parlé d'entreprendre des démarches auprès de l'AI compte tenu du délai écoulé entre la première consultation et le 7 novembre 2007, étant ajouté que les prestations de l'employeur prenaient fin après une période de 720 jours. La référence aux démarches à effectuer auprès de l'AI était également destinée à l'infirmière de santé public qui assistait les employés incapables de travailler. Le Dr N_____ a indiqué qu'il avait certainement expliqué au recourant qu'il fallait entreprendre ces démarches auprès de l'AI et, d'après ses souvenirs, il était assez d'accord.

La question d'aiguiller le recourant vers une autre activité auprès de X_____ n'a pas été abordée, étant précisé que les symptômes que le recourant décrivaient étaient si importants que cette question ne se posait pas. Le témoin a ajouté qu'il effectuait une distinction entre les signes que présentait le recourant et les symptômes, qui étaient ceux que décrivait le patient. Son rôle consistait à définir si le recourant était apte ou inapte à remplir sa fonction. Il ne lui appartenait pas de décrire les signes qu'il présentait. Il a ajouté qu'en mai 2008, il s'était basé exclusivement sur les symptômes décrits par le recourant et n'avait pas examiné les

signes qu'il présentait. Il y a eu une accentuation des symptômes décrits par le recourant qui était dramatique et surprenante médicalement parlant. Il a précisé à cet égard que l'assurance-accidents de X_____, soit AXA WINTERTHUR, avait décidé de mettre un terme à ses prestations pour le motif que les signes présentés par le recourant ne correspondaient plus aux suites normales de son accident de travail. Il y avait sans doute un état antérieur à l'accident.

Lorsqu'il a observé le recourant, le Dr N_____ n'était pas en possession de rapports médicaux établis par d'autres médecins. Postérieurement, le conseil du recourant lui a remis le rapport d'expertise effectué dans le cadre de la procédure AI par le Dr Q_____. Il s'agissait d'une attitude médicale complémentaire, puisque le rôle de l'expert était de définir la capacité de travail et que cela n'était pas son rôle. Il a précisé que le fait de constater une aptitude ou inaptitude à exercer une fonction se déterminait très précisément par rapport au cahier des charges de l'employé. De ce fait, son avis était plus précis par rapport à l'emploi exercé par l'assuré que la détermination effectuée par un médecin plus généralement par rapport à sa capacité de travail.

32. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 25 février 2010, B_____, technicien responsable à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de rééducation de X_____, a déclaré que le recourant leur avait été adressé par le Dr O_____ pour un mandat d'observations destiné à mettre en évidence l'aptitude ou l'inaptitude au placement du recourant (terminologie utilisée par l'OCE).

Après avoir précisé que cela faisait près de 20 ans qu'il travaillait dans cet atelier, le témoin a affirmé que le recourant ne simulait pas.

Les activités proposées au recourant avaient été légères et avaient consisté principalement dans la restauration et le montage d'un dossier pour l'OCE. Il n'avait pas été envisageable de lui confier des activités de menuiserie ou de mécanique par exemple. En raison de l'amplification des douleurs du recourant et de la dégradation de son état de santé, il n'avait pas été possible de le retenir plus longtemps qu'une heure.

Selon son expérience, le témoin a indiqué que l'envie de travailler du recourant était évidente. Il était profondément malheureux d'être inactif. Ce n'était pas de gaieté de cœur qu'il avait dû stopper le stage.

Par rapport à un emploi protégé, les demandes de rendement étaient telles que le recourant ne remplissait pas les conditions.

33. Lors de son audition par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 25 février 2010, le

recourant a indiqué qu'il était toujours employé auprès de X_____, mais ne percevait plus son traitement depuis la fin de l'année 2008. L'assurance-accidents de X_____ avait accepté de verser une indemnité journalière pendant 12 semaines à compter de l'accident, soit jusqu'à fin février 2007. Elle avait ensuite arrêté ses prestations, considérant qu'il y avait un état maladif antérieur.

Il a déclaré qu'en raison de ses problèmes plantaires, il n'arrivait pas à marcher sur les talons ou les orteils. Cela lui faisait très mal. Il avait été consulté un orthopédiste qui lui avait fait des talonnettes qu'il portait tous les jours. Il lui avait précisé qu'il ne pouvait rien faire d'autre. Le recourant a également suivi des séances de physiothérapie pour ce problème, environ 12 à 13 séances.

Par rapport à ses problèmes digestifs, le recourant a déclaré consulter le Dr O_____, qui avait diagnostiqué un reflux d'acidité sans doute dû aux médicaments pris. Le recourant prenait des médicaments anti-nausées. Deux semaines auparavant, il avait dû consulter son médecin pour des douleurs au niveau des ganglions. Ce dernier lui avait indiqué que c'était sans doute en relation avec son reflux d'acidité.

Depuis l'été 2009, il consultait le Dr S_____, psychiatre, chef de clinique chez X_____. Au début, il avait des séances toutes les semaines. Depuis 2 ou 3 mois, il n'y allait plus qu'une fois toutes les 2 semaines. Son psychiatre lui a prescrit des médicaments antidépresseurs.

Il a indiqué que ni son employeur, ni l'OAI ne lui avaient proposé de réadaptation. Il était d'accord avec une réadaptation si ses douleurs physiques le lui permettaient. Il a précisé avoir effectué un stage qu'il qualifiait de réadaptation professionnelle auprès de X_____.

Le recourant a également indiqué avoir commencé un traitement à la morphine pour lutter contre ses douleurs, qu'il n'avait pas supporté car il avait provoqué des nausées et lui avait coupé l'appétit. Il avait donc cessé de prendre de la morphine.

Il a contesté les déclarations du Dr N_____ selon lesquelles il était d'accord de demander des prestations à l'assurance-invalidité. En effet, il espérait retrouver une bonne santé et exercer à nouveau son métier. Le Dr N_____ avait insisté pour qu'il dépose une demande de prestations AI. Il n'a pas déposé de demande immédiatement mais ne l'a fait que lorsqu'il avait épuisé son droit aux prestations d'assurance-maladie.

34. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 3 juin 2010, le Dr O_____ a déclaré qu'il suivait le recourant au moins depuis janvier 2009, en précisant toutefois qu'il l'avait déjà vu en 2007.

Il a confirmé avoir établi le rapport AI, cosigné par le Dr T_____, du 1^{er} février 2008 et en a confirmé la teneur. Il a également confirmé que les propos qui lui ont été prêtés dans l'avis médical du SMR du 6 mars 2008 (cf. 10 supra) étaient conformes à son avis de l'époque. L'aptitude au travail du recourant devait être évaluée.

Par rapport à son certificat médical du 8 août 2008, dans lequel il indiquait que l'état de santé du recourant contre-indiquait la mise en place de mesures de réadaptation, le Dr O_____ a précisé que, vu l'évolution défavorable de l'état de santé du patient, il était illusoire qu'il reprenne le circuit du travail. Un recyclage au sein de l'Hôpital avait été examiné, mais était impossible.

En complément de sa lettre à l'avocate du recourant du 16 février 2009, il considérait que ce dernier était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit. Le stage professionnel avait fait apparaître un rendement qui ne durait pas. Il estimait que cette situation perdurait.

Le Dr O_____ a confirmé avoir été consulté pour des problèmes digestifs. Il y avait également d'autres pathologies qui étaient présentes, tels l'insomnie et des troubles psychiatriques. A ce dernier égard, il a précisé que le recourant était suivi par le Dr S_____.

En mettant de côté le problème psychiatrique, le témoin a indiqué qu'il existait une pathologie articulaire, avec une prédominance sur le rachis. Celle-ci avait été investiguée et présentait un rétrécissement du canal lombaire accompagné de hernies discales lombaires (L4-L5) et cervicales (C6-C7). Le recourant avait été adressé auprès d'un spécialiste pour des infiltrations, qui n'avaient pas donné d'amélioration.

S'agissant des limitations du recourant, le Dr O_____ a indiqué que celles qui étaient décrites dans le rapport d'expertise du Dr Q_____ du 9 juin 2008 (page 11) existaient, mais étaient trop optimistes, en ce sens que la durée de 45 minutes qui était indiquée était trop longue et que le poids relatif au port de charges était trop important.

A la question de savoir si les plaintes formulées par le recourant correspondaient à une atteinte neurologique ou rhumatologique, le Dr O_____ a répondu que le scanner et l'IRM avaient révélé ces deux types d'atteinte. Il y avait par ailleurs un facteur constitutionnel, soit le canal lombaire qui est douloureux par définition vu sa compression.

Le témoin a indiqué n'avoir pas constaté que le recourant retiendrait ses mouvements ou accentuerait les symptômes. Il présentait une raideur et une gêne articulaires. Il a confirmé avoir constaté une diminution de la force des quatre membres, sur la base de bilans cliniques. Par rapport au bilan effectué mi-2008, il n'avait pas constaté d'amélioration d'un point de vue clinique.

Par rapport à la pathologie douloureuse chronique du recourant, le Dr O _____ a déclaré avoir essayé de trouver un traitement approprié. Le traitement à la morphine n'avait pas été supporté.

35. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 3 juin 2010, le Dr S _____ a déclaré qu'il suivait le recourant, au cabinet, depuis juillet 2009, mais avait fait sa connaissance à l'Hôpital quelques semaines auparavant. Il a mis en place un suivi psycho-thérapeutique et psycho-pharmacologique à raison d'une séance par semaine, puis, après quelque mois, à une séance tous les 15 jours et, dernièrement, de nouveau à une séance hebdomadaire. Le suivi était adapté en fonction des besoins du recourant.

Le Dr S _____ a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (DSM-4 code F 32), auquel s'est ajouté, au cours des quatre derniers mois, un état de stress post-traumatique. A son avis mais sans toutefois pouvoir être précis, le témoin a estimé que ces troubles étaient présents depuis plusieurs années, étant précisé que le deuxième trouble était masqué par le trouble dépressif majeur qui était très important lors du début de la prise en charge. Le trouble post-traumatique était lié à l'activité professionnelle que le recourant exerçait dans un endroit où l'on traite les patients en fin de vie. Selon la conviction clinique du témoin, le recourant avait beaucoup de sympathie pour chacun des patients dont il avait pris soin et leur décès, à chaque fois, avait représenté un traumatisme. De ce fait, il estimait que le patient ne pouvait plus occuper son ancien poste. Il a ajouté que le recourant lui avait fait part d'importantes douleurs et qu'il existait chez lui une appréhension anxieuse de la douleur. La symptomatologie psychiatrique diminuait le seuil de tolérance à la douleur. L'évolution de l'état du recourant était fluctuante et le pronostic était incertain. Sur question de l'avocate du recourant, le Dr S _____ a indiqué que son avis précité correspondait au constat du Dr R _____, selon lequel il y avait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon le témoin, l'état dépressif majeur était dû aux difficultés physiques, au sentiment de ne pas pouvoir guérir, au vécu professionnel traumatique et au sentiment d'être inutile professionnellement. Le recourant lui avait également fait part d'un surmenage professionnel à l'époque où il travaillait encore. Le Dr S _____ n'a pas constaté de simulation ou d'exagération de la part du recourant. Il a précisé que les critères pour poser le diagnostic de trouble dépressif majeur étaient les suivants : tristesse importante, insomnie, perte d'appétit, diminution du seuil de la tolérance à la douleur, perte d'intérêt et de plaisir pour la plupart des activités quotidiennes, appréhension anxieuse d'une manière générale, pessimisme, ruminations anxieuses, sentiment d'inutilité, dévalorisation personnelle. Pour diagnostiquer l'état de stress post-traumatique, les critères suivants étaient présents : état d'hypervigilance, sentiment de stress permanent, flash-backs de patients décédés, idées obsédantes (les gens qu'il voit, il les voit morts), cauchemars, évitement du milieu hospitalier. Bien que n'étant pas le médecin traitant du recourant à l'époque, le témoin a estimé

que ce dernier souffrait d'un état dépressif latent déjà lorsqu'il travaillait et d'un burn-out.

36. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 3 juin 2010, le Dr Q_____ a confirmé être l'auteur du rapport d'expertise du 9 juin 2008 et en a confirmé la teneur.

Par rapport à l'indication selon laquelle la capacité de travail, en tant qu'aide-soignant, serait entière si les restrictions étaient respectées (rapport, p. 11, chiffre 2.2), il a précisé que le recourant lui avait indiqué que son cahier des charges pourrait être modifié et tenir ainsi compte de ces restrictions. Si son cahier des charges d'aide-soignant ne devait pas être modifié, l'incapacité de travail serait totale. En d'autres termes, la capacité de travail du recourant serait totale dans une activité adaptée.

Le témoin n'a pas noté que le patient lui aurait fait part de problèmes plantaires lorsqu'il l'a examiné. S'il avait constaté lui-même des problèmes plantaires, il l'aurait mentionné dans son rapport. En consultant le rapport de LAESER LENOIR du 13 août 2008, le Dr Q_____ a indiqué qu'il existait un problème plantaire du côté gauche, que le recourant n'appuyait plus sur l'arche plantaire médiane, qu'il appuyait surtout sur l'avant de son pied et le talon. S'il avait disposé de ce rapport lors de son expertise, le témoin n'aurait pas modifié ses conclusions. En revanche, il aurait conseillé au recourant de se faire installer un support plantaire, qui permet d'éliminer cette problématique.

Le Dr Q_____ a précisé que si on respectait les limitations qu'il avait indiquées, le recourant était en mesure de travailler. Il y avait une adaptation automatique du poste de travail qui devait se faire en fonction de ces limitations. Sachant que le recourant travaillait dans une grande structure, soit chez X_____, le témoin est parti de l'idée qu'un travail adapté pourrait lui être trouvé, sans qu'il soit nécessaire de passer par l'AI.

Par rapport aux douleurs lombaires, le témoin a indiqué que leurs causes consistaient dans une hernie discale et de l'arthrose. Cela provenait de l'usure normale du corps. Il a observé, dans l'histoire professionnelle du recourant, que ce dernier avait pu avoir un métier lourd lorsqu'il travaillait chez Y_____ et avait pu, à cette occasion, solliciter son dos. Si le recourant avait dû fréquemment soulever des patients qui se laissaient aller, il avait sollicité son dos plus que la normale.

Par rapport aux douleurs cervicales, le Dr Q_____ a observé que le canal cervical étroit était une atteinte constitutionnelle qui n'avait rien à voir avec un accident ou un travail pénible.

Il n'avait pas pu établir de relations objectives entre ce que le recourant avait du point de vue clinique et sa présentation des symptômes. C'est la raison pour laquelle le témoin a indiqué être étonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail (rapport, p. 10) et a préconisé l'avis d'un expert psychiatre.

37. Par courrier de son avocate au Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 28 juin 2010, le recourant a indiqué que, sur le plan physique, il souffrait de pathologies entraînant des douleurs constantes handicapantes, que, sur le plan psychiatrique, il présentait un trouble dépressif majeur et un état de stress post-traumatique, que ses limitations fonctionnelles, qui ne relevaient pas de l'exagération, étaient importantes, ne lui permettaient plus d'exercer sa profession d'aide soignant et, selon B_____, excluaient toute activité tant dans le milieu primaire que dans un atelier protégé. Il en a conclu que, vu son état de santé, il semblait impossible d'envisager une mesure de reclassement professionnel et, vu son incapacité durable de travailler dans une quelconque activité, une rente d'invalidité devait lui être octroyée.
38. Dans un courrier du 8 juillet 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions initiales (rejet du recours). Il a exposé qu'après examen du dossier par le SMR, il considérait qu'il n'existait aucun élément permettant de s'écarter du rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2008 et du rapport d'expertise rhumatologique du 9 juin 2008, lesquels remplissaient l'ensemble des critères jurisprudentiels requis pour leur reconnaître une pleine valeur probante.

Il a joint un avis du SMR du 17 juin 2010, dans lequel le Dr U_____, sans spécialisation indiquée, a conclu qu'il ne suivait pas les réquisitions médicales de la partie adverse et qu'il en restait aux conclusions du rapport d'examen SMR du 31 juillet 2007, à l'expertise du Dr Q_____ et à l'examen SMR psychiatrique du Dr R_____, soit que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais qu'elle était totale dans une activité adaptée, avec un degré d'invalidité de 27%.

39. Par courrier de son avocate au Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 17 août 2010, le recourant a indiqué avoir adressé l'avis du SMR du 17 juin 2010 aux Drs O_____ et Dr DI S_____.

Ce dernier a fait savoir au recourant que la dépression dont il souffrait existait avant le début du traitement entrepris chez lui et que la classification était bien celle de F.32 (trouble dépressif majeur) et non de F.33, cette dernière étant réservée au trouble dépressif récurrent. Quant au diagnostic de stress post-traumatique, le Dr S_____ a précisé, lors de son audition, que ce diagnostic n'avait pu être posé qu'après quelques mois de traitement. Or, le Dr R_____ n'avait vu le

recourant qu'une seule fois environ 45 minutes et n'avait donc pu poser un tel diagnostic.

Par ailleurs, il ressortait de l'avis du Dr U_____, contrairement à ce qu'il tentait de démontrer, que tant le Dr Q_____ que le Dr O_____ posaient les mêmes diagnostics impliquant un problème rhumatologique, à savoir des lombalgies chroniques et des cervicalgies chroniques sur discopathies ou hernies discales L4-L5 et C5-C6. Ces deux médecins admettaient que le recourant présentait un rétrécissement du canal lombaire ou sténose. Enfin, le Dr U_____, qui estimait qu'on ne pouvait prendre en compte l'avis de LAESER LENOIR orthopédie, confirmait ce qu'avait dit le recourant lors de sa comparution personnelle, à savoir qu'il ne pouvait marcher correctement sur la pointe des pieds et sur les talons. Cette incapacité découlait donc bien, comme il le constatait, des pathologies retenues par le Dr Q_____ et le Dr O_____ (atteintes lombaires et canal rachidien étroit sérieux).

A l'appui de sa détermination, le recourant a produit une lettre du Dr O_____ du 4 août 2010, dans laquelle ce dernier indiquait qu'il avait demandé l'avis du centre de réadaptation professionnelle de l'hôpital Beau-Séjour suite à l'incapacité au travail du recourant. Cette demande était la démarche normale devant une inaptitude professionnelle. Devant cette incapacité physique et cette douleur chronique, le recourant avait présenté une réaction classique de dépression pour laquelle l'avis du spécialiste, le Dr S_____, semblait nécessaire. Devant la persistance de son tableau chronique douloureux, il avait essayé toute la panoplie de traitement mise à sa disposition. Elle débutait à partir d'antalgique faible jusqu'à la morphine. Il arrivait, dans de tels cas, que certains médicaments ne soient pas supportés, ce qui fût le cas de la morphine dont la prescription a dû être interrompue. Il a donc orienté le patient vers d'autres thérapies, notamment l'infiltration. Le Dr V_____, neuroradiologue, après études des anomalies rachidiennes constatées aux IRM, avait décidé de tenter des infiltrations, sans effet. Il ne restait plus que l'indication opératoire. Celle-ci semblait aléatoire et risquée chez un patient présentant une pathologie rachidienne importante (hernies et rétrécissement du canal médullaire) avec un pronostic incertain pour un patient fragile sur le plan physique et psychique. Le Dr O_____ a terminé sa lettre en indiquant que le recourant était actuellement totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

40. Par lettre du 30 septembre 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions initiales, en se référant, en ce qui concerne les données médicales, au dernier avis du SMR du 17 juin 2010.

Il a rappelé que ses conclusions se basaient sur l'ensemble des éléments au dossier, notamment sur le rapport d'expertise rhumatologique du 9 juin 2008 et sur le rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2008.

Il a souligné que, conformément à la jurisprudence fédérale constante, les informations des organes d'observation professionnelle ne doivent pas supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure celui-ci est capable de travailler; en d'autres termes, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. Dans le cas d'espèce, le stage chez X_____ avait été réalisé sans que les responsables aient accès au moindre rapport médical, comme l'a indiqué B_____ lors de l'audience du 25 février 2010. Par conséquent, il était manifeste que les conclusions du stage ne devaient prévaloir sur les conclusions médicales dûment étayées par deux expertises revêtant une pleine valeur probante.

EN DROIT

1. a) 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

b) Les deux décisions du 9 février 2009, envoyées par l'OAI sous pli simple, ont été reçues en l'étude du mandataire du recourant en date du 10 février 2009. Par conséquent, les recours interjetés les 9 et 10 mars 2009 en la forme prescrite sont recevables (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA).

-
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à un reclassement professionnel, voire à une rente d'invalidité.
 4. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}).

a) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} 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.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

b) Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111; ATF I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.1; ATF I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGa comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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). 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).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine).

c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_4/2009 du 20 novembre 2009, consid. 2.2).

d) Selon le Tribunal fédéral, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une

capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; ATF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

6. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'invalidité du recourant était de 27%, soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, en se référant à l'expertise rhumatologique du Dr Q_____ du 9 juin 2008 et au rapport d'examen psychiatrique du Dr R_____ du 10 juillet 2008. De son côté, le recourant conteste les conclusions de ces rapports et estime que sa capacité résiduelle de travail est de 46%, en se référant à l'avis des Dr O_____ et S_____.

Tous les médecins consultés s'accordent à retenir que l'incapacité de travail du recourant dans son activité d'aide-soignant est totale. En revanche, se pose la question de la détermination de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Du point de vue rhumatologique, il ressort du rapport d'expertise du Dr Q_____ du 9 juin 2008 qu'après avoir exposé les anamnèses médicale, systématique, familiale et les plaintes de l'assuré, ont été posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane, depuis 2006 (M51.1) et de cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit en C6-C7, depuis 2006 (M50.3). Le Dr Q_____ a indiqué que, sur le plan somatique, l'assuré portait, constamment, une minerve et une ceinture lombaire et qu'il montait les escaliers en faisant des mouvements non coordonnés et exagérés, et que l'examen clinique avait été «ininterprétable» pour le motif que l'assuré avait retenu tous les mouvements, alors que, lorsque sa concentration ne portait pas sur son problème physique, il bougeait parfaitement normalement, sans aucune douleur, que ses plaintes ne correspondaient pas à une atteinte neurologique ou rhumatologique précise, qu'il n'y avait pas de syndrome radiculaire ou de diminution de la force des quatre membres pouvant être mis sur le compte du canal cervical étroit et de l'hernie discale L4-L5, que la façon de marcher et de monter les escaliers démontraient plutôt le contraire soit une utilisation importante de la force

des quatre membres, que l'examen des articulations et leur palpation permettait d'écarter une maladie inflammatoire telle une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ankylosante ou une collagénose et que la recherche de points douloureux signant une fibromyalgie était négative. Etonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail, l'expert a indiqué que, d'un point de vue somatique, il ne pouvait pas expliquer l'état général du patient. Il a dès lors été obligé d'évoquer une majoration des symptômes d'origine psychologique, ou un syndrome somatoforme douloureux ou une simulation, mais, n'étant pas psychiatre, il a estimé que l'avis d'un expert psychiatre était donc nécessaire.

S'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, l'expert a retenu que ce dernier ne devait ni soulever, ni porter des charges de plus de 10 kilos et devait éviter les positions en flexion du rachis, éviter la station debout prolongée (pas plus de 45 minutes) et pouvoir changer régulièrement de position (toutes les 45 minutes). Il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler comme aide-soignant mais qu'en revanche, en respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 20%.

Lors de son audition, le Dr Q_____ a écarté l'apparente contradiction de son rapport en tant qu'il retenait d'un côté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignant et de l'autre une capacité de travail entière dans cette profession en tenant compte des limitations fonctionnelles. En effet, il a déclaré que le recourant lui avait indiqué que son cahier des charges pourrait être modifié et tenir ainsi compte de ces restrictions. Si son cahier des charges d'aide-soignant ne devait pas être modifié, l'incapacité de travail serait totale. En d'autres termes, la capacité de travail du recourant serait totale dans une activité adaptée.

S'agissant des problèmes gastriques et plantaires rencontrés par le recourant, ils n'ont pas été abordés par l'expert dans la mesure où ces aspects ne lui ont pas été signalés. Cela étant, il appert que ces problèmes peuvent être résolus par la prise de médicaments et la mise en place d'un support plantaire, si bien qu'ils ne sont pas invalidants. A cet égard, lors de son audition, le Dr Q_____ a effectivement indiqué que même s'il avait eu l'information au sujet des problèmes plantaires, il n'aurait pas modifié ses conclusions. En revanche, il aurait conseillé au recourant de se faire installer un support plantaire, permettant d'éliminer cette problématique.

Enfin, le grief de partialité adressé à l'égard du Dr Q_____ ne trouve aucune assise dans le dossier, si bien qu'il sera écarté.

Force est donc d'admettre que le Dr Q_____ a procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, s'est fondé sur des examens complets, a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, a décrit le contexte médical et a apprécié la situation

médicale de manière claire, et, finalement, a pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées. En d'autres termes, le rapport d'expertise du Dr Q_____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

Une telle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée a également été retenue par les Dr O_____ et P_____. En effet, en février 2008, les médecins précités ont considéré que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était exigible, avec diminution de rendement. Ils n'ont toutefois pas précisé si cette capacité de travail résiduelle était totale ou partielle, ni n'ont quantifié la diminution de rendement. En mars 2008, le Dr O_____ a maintenu ce point de vue, en déclarant au SMR que la profession d'aide-soignant du recourant ne paraissait plus guère envisageable en raison des problèmes lombaires et cervicaux empêchant l'assuré de faire des efforts tant avec le dos qu'avec la nuque, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant son dos et la nuque, soit plutôt en position assise, sans mouvements répétitifs de la nuque, le recourant devrait pouvoir travailler normalement et qu'il paraissait utile qu'il soit en réadaptation et éventuellement qu'il fasse un stage professionnel en vue d'une évaluation. Ce n'est que plus tard, en février 2009, que le Dr O_____ a modifié son avis, en considérant désormais que le stage professionnel effectué par l'assuré confirmait son inaptitude totale. Ce dernier avis ne remplit toutefois nullement les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante, puisque ce changement d'avis n'est pas sérieusement motivé et s'appuie uniquement sur le stage effectué auprès de l'atelier de Réadaptation Préprofessionnelle du Service de Neuro-Rééducation de X_____.

S'il est vrai que l'appréciation de B_____, technicien responsable de cet atelier, diverge sensiblement de celles de l'expert, il n'en demeure pas moins qu'elle repose essentiellement sur les douleurs manifestées par le recourant lors de ce stage. Sachant que, précisément, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques a été posé à l'égard du recourant, la Chambre de céans estime que les appréciations du Dr Q_____ doivent l'emporter sur les constatations faites à l'occasion du stage précité, qui ont été influencées par les douleurs manifestées par le recourant, soit par un élément subjectif lié au comportement de ce dernier.

Quant à l'avis du Dr N_____, il ne contredit pas celui du Dr Q_____, dans la mesure où, comme il l'a déclaré lors de son audition, son rôle a consisté non pas à déterminer l'incapacité de travail du recourant d'une manière générale, y compris par rapport à une activité adaptée à son état de santé, mais uniquement à définir si le recourant était apte ou inapte à remplir sa fonction d'aide-soignant.

La Chambre de céans considère dès lors que l'avis médical, isolé, du Dr O _____ n'est pas propre à mettre en doute l'opinion et les conclusions du Dr Q _____.

Du point de vue psychiatrique, dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 10 juillet 2008, après avoir exposé les anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique du recourant, ainsi que les habitudes et la vie quotidienne de ce dernier, le Dr R _____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Le médecin précité a exposé que l'anamnèse psychiatrique ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée, qu'un trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu, mais qu'étant donné la présence d'une compatibilité avec un processus physio-pathologique et d'un sentiment de détresse, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F 68.0) devait être retenu. L'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité n'avaient pas été constatés. Etant donné l'absence de trouble cognitif dû à une thymie dépressive, et de la présence d'un sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux, un trouble de l'humeur, quelque soit son intensité, ne pouvait pas être retenu. Le Dr R _____ en a conclu que la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, était de 100%, depuis toujours.

Il faut admettre que le rapport d'examen du Dr R _____ remplit les exigences jurisprudentielles pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

Quant à l'avis du Dr S _____, qui a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (DSM-4 code F 32), auquel s'est ajouté un état de stress post-traumatique, il ne va pas à l'encontre de celui du Dr R _____, puisqu'il a été émis près de deux ans après l'examen psychiatrique effectué par ce dernier, lors de son audition par la juridiction de céans. Par ailleurs, le Dr S _____ ne s'est pas déterminé sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

Dans ces conditions, la Chambre de céans fera sien l'avis du Dr R _____ selon lequel le recourant ne souffre d'aucun diagnostic psychiatrique invalidant.

Ainsi, la Chambre de céans retient en définitive que c'est à juste titre que l'OAI a jugé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%.

7. Dans la mesure où, dans leurs rapports médicaux respectifs et lors de l'audition du premier médecin cité, les Dr Q _____ et R _____ ont abordé tous les

aspects de l'état de santé du recourant nécessaires à la détermination de sa capacité de travail, il ne justifie pas d'ordonner une nouvelle expertise.

8. Reste à examiner si la comparaison des revenus sans et avec invalidité révèle un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

a) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidité 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). 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 ou 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 sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06).

b) En l'espèce, l'OAI a retenu que la comparaison du revenu sans invalidité de 82'858 fr. avec le revenu avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 tous secteurs confondus, niveau 4, pour un homme, ligne «total»), avec une baisse de rendement de 20%, de 60'226 fr. pour une capacité de travail de 100%, faisait apparaître un degré d'invalidité de 27%, soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant critique l'évaluation de son degré d'invalidité, en ce sens que le revenu sans invalidité pris en compte (82'858 fr.) est inférieur à celui qu'il réalisait avant de tomber malade (86'443 fr. 15) et ne prend pas en considération les indexations et

augmentations qui seraient intervenues jusqu'en 2008, et que le revenu avec invalidité ne prend pas en compte ses limitations fonctionnelles, ni son origine et son âge.

S'agissant du revenu sans invalidité, la Chambre de céans observe qu'en 2006, selon les documents communiqués par X_____, plus fiables que le bordereau de taxation 2006, le recourant percevait un salaire annuel brut de 86'443 fr., soit de 81'443 fr. allocations familiales et de naissance déduites. Contrairement à l'avis du recourant, il n'y a pas lieu, dans le revenu sans invalidité, de prendre en considération les allocations familiales, lesquelles ne sont pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de l'AVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants – RAVS). En prenant en considération un revenu de 82'858 fr., soit de 1,7% supérieur à celui de 81'443 fr., l'OAI a également pris en compte l'indexation, si bien que sa détermination du revenu sans invalidité est exempte de critique.

En ce qui concerne la détermination du revenu avec invalidité, il est erroné de reprocher à l'OAI de n'avoir pas tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant, puisque, précisément, il a retenu une diminution de rendement de 20%. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'OAI n'a procédé à aucun abattement sur le salaire ressortant des statistiques. A l'examen du dossier, la Chambre de céans considère que, hormis les limitations fonctionnelles du recourant, dont il a déjà été tenu compte, il n'y a pas d'élément déterminant qui aurait justifié une réduction du salaire ressortant des statistiques. En particulier, bien que soudanais d'origine, le recourant – qui a suivi des études jusqu'au niveau universitaire – est devenu suisse et résidait en Suisse depuis 15 ans au moment de la détermination du revenu sans invalidité. De plus, à cette époque, il n'était âgé que de 34 ans. Il s'ensuit que le grief du recourant à cet égard n'est pas fondé.

La Chambre de céans retiendra donc que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 27%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

9. Reste à examiner si le recourant remplit les conditions pour bénéficier d'un reclassement, sachant que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement, soit une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20%, est atteint en l'espèce. En particulier, il convient d'examiner si l'aptitude subjective de réadaptation du recourant fait défaut, comme l'a retenu l'OAI.

Le dossier renferme des avis convergents à ce sujet. En effet, en juin 2008, le Dr N_____ a indiqué que la demande d'intervention de l'assurance-invalidité devrait aboutir à une rente, une réadaptation / reclassement professionnel paraissant illusoire. Dans son rapport d'expertise du 9 juin 2008, le Dr Q_____ a retenu que, compte tenu du caractère ininterprétable de l'examen rhumatologique, de la majoration des symptômes, et du fait que l'expertisé ne pensait pas pouvoir

retravailler, il ne croyait pas que des mesures de réadaptation seraient possibles. En août 2008, le Dr O_____ a indiqué que l'état de santé du recourant contre-indiquait à ce moment la mise en place de mesure de réadaptation et nécessitait l'octroi d'une rente. Enfin, dans la lettre de son conseil à la juridiction de céans du 28 juin 2010, le recourant lui-même a estimé que, vu son état de santé, il lui semblait impossible d'envisager une mesure de reclassement professionnel.

Ainsi, il faut admettre qu'au moment où l'OAI a pris sa décision de refus de reclassement, les perspectives d'une réadaptation professionnelle apparaissaient compromises d'un point de vue subjectif. Sa décision de refus de reclassement est dès lors justifiée.

Il sied d'ajouter que si le recourant devait être disposé aujourd'hui à entreprendre de nouvelles démarches dans le sens d'une réadaptation professionnelle, il lui serait loisible de s'adresser à l'OAI à qui il incomberait d'examiner une nouvelle demande.

10. Il résulte de ce qui précède que les deux recours seront rejetés et les décisions attaquées confirmées.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare les deux recours recevables.

Au fond :

2. Les rejette.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président suppléant

Marie-Catherine SECHAUD

Patrick UDRY

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