

## **GE\_GERICHTE A/4435/2007 vom 26. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4435\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4435_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4435/2007 du 26 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/4435/2007 del 26 novembre 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2009  
A/4435/2007

A/4435/2007 ATAS/1516/2009 du 26.11.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4435/2007 ATAS/1516/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 26 novembre 2009 En la cause Monsieur O \_\_\_\_\_, domicilié, à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur O \_\_\_\_\_, né en 1948, monteur électricien de profession, a déposé en date du 25 juin 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). A été versé à son dossier le rapport d'expertise établi le 25 mars 2004 par le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, à l'intention de l'assurance perte de gain maladie de l'intéressé. Le médecin a retenu les diagnostics de scapulo-omalgies gauches, de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites et de trouble somatoforme douloureux persistant. Il a considéré qu'il n'y avait aucune contre-indication rhumatologique à ce que l'assuré reprenne son activité d'électricien, expliquant que l'examen clinique s'était révélé rassurant, sans altération manifeste de la mobilisation, tant cervicale que tronculaire, ou des épaules, ni signe irritatif aux membres inférieurs, ni trouble sensitivo-moteurs ou réflexes. Un scanner pratiqué en octobre 2003 avait permis d'écarter une hernie discale ou un canal lombaire étroit, voire des troubles dégénératifs manifestes, ce qu'avait confirmé le bilan radiologique standard de la colonne cervicale et lombaire, qui n'avait montré aucun trouble dégénératif particulier, à l'exclusion d'ostéophytes exubérants. Ni le status ni les examens ne permettaient donc d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré, leur intensité, leur localisation et le retentissement sur son quotidien. En définitive, l'expert a conclu à une capacité de travail de 100 % dans l'activité d'électricien, après un mois à 50% pour pallier à la longue période d'inactivité et de déconditionnement physique de l'assuré. Le médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle. L'assurance perte de gain a par ailleurs également mis sur pied une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 12 mai 2004. Ce médecin a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant dont il a jugé qu'il était sans influence sur la capacité de travail. Dans un rapport établi le 18 août 2004, le médecin traitant de l'assuré, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux avec lombalgies inférieures chroniques irradiant dans le membre inférieur droit, de tendinite du sus-épineux associée à un bec acromial de l'épaule gauche et d'état dépressif. Il a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 18 septembre 2003. A l'appui de son rapport, le Dr

C \_\_\_\_\_ a produit les deux expertises des Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, dont il a indiqué qu'elles résumaient très bien la situation de son patient. Il a également produit un rapport radiologique du 10 octobre 2003 concluant à l'absence de hernie discale, à l'absence de canal étroit, à des trous de conjugaison normaux, à des articulations sacro-iliaques d'aspect strictement normal et à des modifications dégénératives étagées. Le médecin traitant a préconisé une nouvelle réévaluation après l'assainissement du problème de l'épaule. Dans un courrier du 14 septembre 2004, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé qu'un examen clinique pratiqué le 14 juin 2004, soit postérieurement à son expertise, avait montré une tendinopathie du sus-épineux au niveau de l'épaule gauche, atteinte qui avait été confirmée par IRM et qui avait pour conséquence une limitation objective de l'épaule gauche. Il a cependant estimé que la position adoptée en mars 2004 restait valable jusqu'en juin et qu'il n'y avait aucune restriction à ce que l'assuré reprenne une activité professionnelle légère épargnant les contraintes répétitives du membre supérieur gauche, c'est-à-dire les travaux de force et les mobilisations répétitives au-delà de l'horizontale. Pour tenir compte de la tendinopathie du sus-épineux, il a préconisé un délai de carence de six mois. Le 1er novembre 2004, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé le diagnostic de bec acromial de l'épaule gauche chez un patient droitier. Il a cependant précisé qu'une autre activité que celle exercée précédemment était exigible, à condition de ne pas impliquer l'utilisation du membre supérieur gauche. Dans un courrier daté du 15 décembre 2004, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir procédé à un examen qui avait révélé un Tinel positif pour le nerf ulnaire au coude gauche, avec une flexion du coude engendrant des paresthésies dans le territoire ulnaire et une certaine parésie des muscles intrinsèques de la main dépendant du nerf cubital. L'examen avait confirmé l'existence d'une neuropathie sensitivo-motrice du nerf cubital gauche au coude. Ces constatations ont été confirmées par le Dr F \_\_\_\_\_, chef de clinique de l'unité de chirurgie de la main de l'Hôpital cantonal, en date du 26 avril 2005. Une force de serrage légèrement diminuée à gauche a été constatée. Le diagnostic retenu a été celui de compression du nerf intra-osseux postérieur à l'arcade de Frohse à gauche, compression du nerf radial sensitif au poignet gauche et conflit ulno-carpien gauche bilatéral symptomatique à gauche. Cela se traduisait par des douleurs à la face dorsale du poignet gauche sans paresthésie, mais associées à un manque de force progressif. Dans un courrier du 4 janvier 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a précisé que le patient continuait à présenter des paresthésies dans les deux derniers doigts de la main gauche, avec parfois des douleurs au niveau du coude, mais aussi des paresthésies dans le pouce, l'index et le majeur gauches, intermittentes, volontiers la nuit, suggérant un syndrome du canal carpien surajouté. Par rapport à l'examen du 14 décembre 2004, après intervention, le médecin, a constaté qu'il n'existait plus qu'une très discrète neuropathie sensitive du nerf médian gauche. Le Dr F \_\_\_\_\_ a retenu, dans un rapport daté du 20 avril 2006, les diagnostics de lombalgies, cervicarthrose et conflit sous-acromial de l'épaule gauche connus depuis 2004. Il y a ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un conflit ulno-carpien droit, une lésion dégénérative du TFCC, une neuropathie compressive du nerf radial du poignet droit, une neuropathie compressive du nerf ulnaire du coude gauche et du nerf médian au tunnel carpien gauche. Il a précisé que l'arrêt de travail était motivé uniquement par les lombalgies. Un stage d'observation professionnelle a été mis sur pied auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 14 août au 12 novembre 2006. Il conclut que les capacités physiques de l'assuré sont compatibles avec une activité manuelle respectant les limitations fonctionnelles et que dans des activités de type sériel ou

de montage-câblage, des rendements proches de la normale sont exigibles. Il a été précisé qu'un premier stage avait été organisé dans le secteur des tableaux électriques et que la qualité et la quantité de travail fournis avaient été bonnes mais que le stage avait dû rapidement être interrompu en raison d'une recrudescence des douleurs. La mesure de réadaptation s'est ensuite poursuivie à l'atelier APAIL pour des tâches industrielles simples répétitives et légères à mi-temps. Aucune reprise à plein temps n'ayant été envisagée après quatre semaines d'arrêt partiel et le médecin traitant de l'assuré ayant confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient, la mesure de réadaptation n'a pas été prolongée. Le rapport de stage a conclu à une capacité de travail résiduelle exploitable dans un emploi industriel léger permettant l'alternance des positions assises et debout et une réduction du port de charge. Les professions d'ouvrier à l'établi, de monteur de mécanique simple, d'opérateur sur machines ou d'employé en conditionnement ont été évoquées. Il a été précisé que le rendement devrait être théoriquement proche de 100% mais que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, qui s'était traduite par d'intenses douleurs, n'avait pas permis de valider cette capacité résiduelle de travail. Le dossier de l'assuré a ensuite été soumis à nouveau au service médical qui a relevé que les lésions dégénératives du rachis ne s'étaient pas modifiées mais qu'il était normal que la symptomatologie fluctue. Le Dr G \_\_\_\_\_ a cependant admis que l'atteinte au nerf cubital du coude droit devait faire l'objet d'une intervention et que s'ensuivraient plusieurs mois d'inactivité. Des radiographies pratiquées le 13 février 2007 n'ont montré qu'un canal lombaire relativement étroit et une dégénérescence L1-L2 sans discopathie, une ébauche ostéophyttaire antérieure étagée, l'absence de hernie discale, des racines symétriques et libres dans les trous de conjugaison, une arthrose interapophysaire étagée et une infiltration lipidique. Dans un rapport établi le 1er mai 2007, le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre, a conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant et à un épisode dépressif sévère. Le Dr G \_\_\_\_\_, du SMR, a relevé que les diagnostics étaient les mêmes que ceux mentionnés en 2002 mais que les expertises alors pratiquées avaient conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité légère. Il a émis l'avis que si l'état dépressif s'était aggravé du fait des difficultés sociales et financières, cela ne relevait pas de l'AI. Il a conclu que l'exigibilité d'une activité restait de 100% à condition d'éviter les sollicitations excessives du rachis et de l'épaule gauche. Le 12 juillet 2007, un projet de refus de rente et de reclassement a été communiqué à l'assuré qui s'y est opposé. Le 16 octobre 2007, l'OCAI a rendu une décision au terme de laquelle il a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Invoquant l'avis de son service médical, l'OCAI a considéré que si l'intéressé devait certes désormais éviter les travaux de force et/ou répétitifs ainsi que les mouvements au-dessus de l'horizontale, il était cependant raisonnablement exigible de sa part, d'un point de vue médical, qu'il exerce un travail adapté à ses limitations à plein temps. L'OCAI s'est ensuite référé à l'avis de son service de réadaptation et au rapport du CIP. Relevant que les opérations subies par l'assuré aux membres supérieurs n'avaient entraîné des périodes d'incapacité de travail que de quelques semaines, l'OCAI en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une aggravation durable de l'atteinte à la santé exerçant une influence sur le caractère exigible de la capacité de travail de l'assuré. Il a donc confirmé les conclusions du stage d'observation professionnelle, à savoir une capacité de travail entière dans un emploi industriel léger. Il a évoqué à titre d'exemples de professions envisageables celles d'ouvrier à l'établi, d'opérateur sur machine ou encore d'employé de conditionnement. L'OCAI a ensuite comparé le revenu avant invalidité, soit 63'700 fr. (salaire actualisé 2004) à celui que l'assuré aurait pu réaliser la même année en exerçant à plein temps une activité adaptée

à ses limitations en appliquant une réduction supplémentaire de 25% pour tenir compte de toutes les circonstances liées au handicap, soit 42'943 fr. (ESS 2004 pour des activités simples et répétitives : 4'588.-/mois pour un horaire de 40h./sem. = 4'771.-/mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 57'258.-/an en 2004 avant réduction). L'OCAI a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Quant aux objections élevées par l'assuré s'agissant de sa capacité à exercer à plein temps même une activité adaptée, l'OCAI a précisé que selon son service médical, l'arthrose postérieure et dégénérante discale lombaire sans hernie ni compression radiculaire mise en évidence par l'IRM pratiquée le 13 février 2007 était compatible avec un travail léger. Par ailleurs, l'OCAI a ajouté que si un rendement de 85% sur un mi-temps avait certes été évoqué lors de l'observation professionnelle, le CIP, dans ses conclusions finales, avait néanmoins conclu que les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec une activité manuelle respectant les limitations fonctionnelles retenues avec des rendements proches de la normale. Le même jour, l'OCAI a rendu une seconde décision niant le droit de l'assuré à un reclassement au motif que ce dernier conservait la capacité d'exercer une activité adaptée et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans la mesure où l'assuré se considérait comme totalement incapable de travailler. Par écriture du 15 novembre 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la première décision en concluant à l'octroi d'une rente entière. En substance, il a brièvement exposé que l'expertise psychiatrique sur laquelle se basait notamment l'OCAI pour lui refuser une rente avait été confiée au Dr B \_\_\_\_\_ par son assurance perte de gain maladie et qu'il y avait lieu d'émettre les plus grandes réserves à l'égard de sa valeur probante. Le recourant a ajouté qu'il s'efforçait de faire procéder à une contre-expertise démontrant qu'il n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle en raison de ses douleurs mais aussi de ses difficultés psychologiques. Par écriture du 16 novembre 2007, l'assuré a également interjeté recours contre la seconde décision. Il a affirmé être déterminé, pour autant que son état de santé le lui permette, à mettre en valeur une éventuelle capacité de gain résiduelle. L'OCAI a répondu en date du 13 décembre 2007 au recours portant sur l'octroi d'un reclassement et a conclu à son rejet. L'OCAI reconnaît que le degré d'invalidité reconnu à l'assuré lui ouvre théoriquement droit à des mesures professionnelles. Il allègue cependant qu'au vu du dossier, le recourant ne remplit pas la condition de l'aptitude subjective à la réadaptation puisqu'il s'estime totalement incapable de reprendre la moindre activité professionnelle, qu'il demande l'octroi d'une rente et qu'il a au surplus interjeté recours contre la décision qui refuse de la lui octroyer. L'intimé en tire la conclusion que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité. Par ordonnance du 10 janvier 2008, le Tribunal de céans a joint les causes no A/4517/2007 (concernant le droit à des mesures de réadaptation professionnelle) et A/4435/2007 (concernant le droit à une rente) sous le numéro de cause A/4435/2007. Invité à se déterminer sur le recours interjeté contre le refus de rente, l'OCAI, dans sa réponse du 24 avril 2008, a également conclu à son rejet. Il rappelle que sa position est fondée, médicalement parlant, sur deux expertises psychiatrique et rhumatologique, dont il allègue qu'elles remplissent tous les critères requis par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Il ajoute que les conclusions des spécialistes ont été corroborées par les résultats du stage d'observation professionnelle qui a conclu que l'assuré disposait de la capacité d'exercer à plein temps une activité manuelle respectant ses limitations fonctionnelles. Par courrier du 26 mai 2008, le conseil du recourant a informé le Tribunal de céans qu'il n'avait pu encore réunir les pièces nécessaires à la défense des intérêts de son

mandant et a demandé une prolongation du délai qui lui avait été imparti pour compléter le recours, ce qui lui a été accordé. Par courrier du 18 août 2008, le conseil du recourant a informé le Tribunal de céans que son mandant avait été placé en stage auprès d'une entreprise. Faisant valoir qu'il serait opportun d'attendre la fin de ce stage et le rapport établi à son issue pour se déterminer, il a demandé une nouvelle prolongation de délai pour compléter le recours. Le 3 octobre 2008, le conseil du recourant a indiqué qu'il n'était malheureusement pas encore en possession du rapport de fin de stage et a demandé une nouvelle prolongation du délai pour se déterminer. Par courrier du 6 novembre 2008, le conseil du recourant a demandé une nouvelle prolongation du délai de 10 jours. Le 21 novembre 2008, le recourant a finalement complété son recours et conclu à l'octroi d'une demi-rente et des mesures de placement et de réadaptation, subsidiairement à ce que soit ordonnée une expertise médicale. Le recourant reproche à l'OCAI de n'avoir instruit son dossier que superficiellement sur le plan médical. Il allègue que la décision litigieuse se fonde certes sur deux expertises mais que ces dernières ont été réalisées au printemps 2004. Il ajoute que les avis du Dr B\_\_\_\_\_ sont régulièrement contredits par les expertises judiciaires. Le recourant fait par ailleurs remarquer que le Dr G\_\_\_\_\_, dans sa note du 26 mars 2007, emploie le conditionnel, ce dont il tire la conclusion que le médecin n'est certain ni de son diagnostic ni de ses conclusions. Il souligne que le Dr G\_\_\_\_\_ a en outre émis, en date du 25 mai 2007, une nouvelle hypothèse dont il n'a pas vérifié le bien-fondé ; il a en effet émis l'avis que "si le trouble dépressif s'est aggravé du fait des difficultés sociales et financières, cela ne relève pas de l'AI d'autant que l'assuré aurait pu éviter cette situation en poursuivant les mesures professionnelles puisqu'il en était objectivement capable (même si lui pensait le contraire)". Le recourant fait valoir que les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ tranchent avec les observations qui ont été faites lors de ses stages dont il estime qu'ils ont démontré qu'il s'est toujours efforcé de réaliser au mieux les tâches qui lui ont été confiées et qu'il ne les a interrompus que lorsque la détérioration de son état de santé le lui a imposé. L'assuré fait valoir qu'il n'a jamais été examiné par les médecins du SMR, que l'avis de son médecin traitant n'a jamais été pris en considération, tout comme le fait que les interruptions de stage imposées par des douleurs dorsales étaient justifiées médicalement. Il conteste les conclusions du stage d'observation (soit un taux d'occupation de 100% avec un rendement proche de 100%), alléguant qu'elles ne prennent pas en considération les intenses douleurs qu'il a ressenties et le fait que cette capacité de travail n'a pu être validée alors même que tous les intervenants ont constaté sa bonne motivation, sa volonté de réaliser les tâches confiées et les difficultés qu'il a rencontrées. Il souligne qu'il a pourtant été relevé que ses ressources physiques étaient limitées et que son rendement devait être évalué à 85% d'un mi-temps. Il s'étonne dès lors que les conclusions finales du stage soient contraires aux observations puisqu'en dépit des efforts réels constatés par les responsables du stage de réadaptation, ces conclusions n'ont pu être confirmées dans la pratique. Le recourant allègue que, dans le cadre des mesures de placement dont il a bénéficié, il a travaillé de juin à septembre 2008 dans un établissement médico-social en qualité d'homme d'entretien à plein temps. Il a été particulièrement apprécié pour la qualité de son travail et a fait preuve de motivation, mais là aussi, il a été relevé que son rendement était diminué. Le recourant ajoute qu'il ne conteste pas être en mesure d'exercer une activité légère mais que cela étant, les expériences pratiques ont démontré que sa capacité de travail est limitée et que même dans une telle activité, son rendement n'est que de l'ordre de 80%. Il demande dès lors qu'au calcul auquel a procédé l'OCAI soit appliqué une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte de cette diminution de rendement, ce qui

conduirait à lui reconnaître le droit à un quart de rente au moins. Néanmoins, considérant l'instruction lacunaire dont il estime que son dossier a fait l'objet, il a conclu à l'octroi d'une demi-rente en attendant que l'instruction soit complétée. Une audience s'est tenue en date du 22 janvier 2009 au cours de laquelle a été entendu le Dr Stéphane C \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui a indiqué suivre le recourant depuis 2003. Le témoin a d'emblée précisé que le tableau, très complexe, avait nécessité l'intervention de plusieurs spécialistes. Selon lui, les diagnostics principaux sont les suivants : un trouble somatoforme douloureux, un état dépressif grave et de multiples pathologies rhumatismales associées. Le Dr C \_\_\_\_\_ a expliqué que le recourant était d'abord venu consulter pour des douleurs lombaires chroniques. Des lombalgies communes ont été diagnostiquées, mais également une hernie discale, ainsi que de multiples tendinopathies qui ont été confirmées par divers spécialistes, notamment au niveau de l'épaule et du bras. Selon le témoin, les douleurs rhumatismales s'expliquent en partie par le trouble somatoforme douloureux, mais également par d'autres éléments objectifs. Ainsi, l'unité de chirurgie de la main de l'hôpital cantonal a mis en évidence un conflit ulnocarpien à droite qui confirme une limitation fonctionnelle de type mécanique. Le patient a également souffert de cervicarthroses qui ont entraîné des épisodes douloureux passagers. Le Dr C \_\_\_\_\_ a émis l'avis qu'en revanche, les douleurs lombaires sont surtout liées au trouble somatoforme douloureux qui est quand même l'élément majeur. En effet, les dégénérescences constatées ne suffisent pas à expliquer en totalité les douleurs décrites, malgré un canal lombaire relativement étroit. Le témoin a dit se souvenir qu'en 2007-2008, l'un des stages suivis par son patient, qui impliquait un usage important des mains, avait entraîné une aggravation des douleurs et nécessité un arrêt de travail. En revanche, d'autres stages s'étaient bien passés. Le témoin a souligné que son patient n'est pas du tout plaintif et ne lui paraît pas rechercher une rente à tout prix mais qu'il faut néanmoins tenir compte de l'état dépressif grave qui est le sien et qui le limite évidemment. S'agissant de la capacité de travail, le Dr C \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle est influencée d'une part par l'état dépressif, d'autre part par les douleurs. Ces éléments varient, avec des périodes d'exacerbation, environ tous les deux ou trois mois. Selon lui, on doit toutefois pouvoir conclure à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire légère, qui permette d'alterner les positions et n'implique ni port de charges, ni mouvements répétitifs, ni motricité fine ou mouvements de précision. Des absences seraient cependant à craindre. Cette évaluation tient à la fois compte du fait que son patient ne peut assumer un horaire de travail plein et que son rendement sera sans doute diminué par les limitations fonctionnelles du dos et des mains, mais également par son état dépressif qui entraîne des difficultés de concentration. Le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué avoir pris connaissance du rapport du Dr B \_\_\_\_\_ et avoir été, à l'époque, d'accord avec ses conclusions quant aux diagnostics retenus. Il a cependant souligné que, depuis, la situation de son patient a évolué défavorablement, raison pour laquelle il l'a adressé en 2007 au Dr H \_\_\_\_\_ qui a alors conclu à un épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique. Selon le témoin, cette évolution défavorable a débuté en 2005 au moment où le patient a rencontré des limitations manuelles. L'état dépressif était d'emblée présent en 2003 de manière très fluctuante et a été aggravé par l'évolution de la maladie. En ce sens, le témoin estime qu'il n'est que partiellement réactionnel à cette dernière. Le témoin a confirmé qu'en août-septembre 2006, alors que son patient éprouvait de grandes difficultés lors d'un stage au CIP, il lui a conseillé de limiter son temps de travail à 50%. Lui-même a alors eu un contact téléphonique avec le Dr I \_\_\_\_\_ ; il n'était alors pas question de démotivation intentionnelle mais de conséquence de l'état dépressif du patient. Le Dr C \_\_\_\_\_ a

encore précisé que s'il conclut désormais à une capacité de travail de 50%, c'est que l'état de son patient s'est récemment amélioré (depuis trois à six mois), suite à un stage durant lequel il a été particulièrement entouré et qui lui a permis de reprendre un peu le dessus. Pour le reste, de 2003 à 2007, voire une grande partie de 2008, le témoin a exprimé l'avis que la capacité de travail était nulle. Suite à cette audience, l'OCAI s'est déterminé en date du 26 février 2009. Il a fait valoir que le témoignage du Dr C \_\_\_\_\_ n'était pas de nature à lui faire changer d'appréciation et a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, convoqué par le Tribunal de céans, a indiqué dans un courrier du 9 mars 2009 n'avoir vu l'assuré qu'à trois reprises en consultation en date des 30 janvier, 19 février et 9 mars 2009, et être sans nouvelles de lui depuis lors. Le médecin a précisé que même si l'assuré avait souffert récemment d'un épisode dépressif léger à moyen parfaitement guérissable, il estimait que sa capacité de travail actuelle était totale d'un point de vue psychiatrique et qu'il ne présentait pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Une audience s'est tenue en date du 30 avril 2009 au cours de laquelle a été entendu le Dr H \_\_\_\_\_ qui a expliqué avoir suivi le recourant une première fois du 5 mars au 19 décembre 2007. Ce dernier se trouvait alors dans un état dépressif sévère, qui s'était bien amélioré sous médication et avec une thérapie appropriée. Lorsqu'il l'a revu en 2009, à sa demande, il ne présentait plus qu'un épisode dépressif de gravité légère à moyenne, sans incidence sur sa capacité de travail. S'agissant de l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, le témoin a indiqué qu'il lui était difficile d'en discuter les conclusions dans la mesure où elle remonte à 2004, période à laquelle il ne suivait pas encore le patient, étant précisé que l'état de ce dernier peut évoluer relativement rapidement. Le témoin a confirmé que c'est lui qui a rempli la demande de prestations du recourant. Il a expliqué qu'à l'époque, il ne le suivait que depuis deux mois et n'avait donc pas le recul nécessaire pour juger de l'impact de son état sur sa capacité de travail. Il se trouvait alors dans un état dépressif sévère qui, d'après ses dires, était présent depuis plusieurs mois. Cependant, cet état était réactionnel aux douleurs dorsales du patient et il est apparu bien postérieurement à ces dernières. D'après ses notes, le témoin a émis l'avis qu'en décembre 2007, l'état psychique du patient n'avait plus d'influence sur sa capacité de travail. A l'issue de cette audience, le recourant a indiqué retirer ses conclusions quant à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, puisqu'il était apparu en définitive qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail de ce point de vue. En revanche, il a persisté à soutenir que les conclusions du SMR étaient en contradiction avec les observations professionnelles s'agissant de ses limitations et de leur incidence sur sa capacité de travail et s'est déclaré prêt à se soumettre à une expertise rhumatologique. A cet égard, il a fait remarquer que l'expertise sur laquelle s'est basé l'intimé est trop ancienne et que les seuls éléments médicaux récents versés sont ceux qui ont été fournis par le Dr C \_\_\_\_\_, lequel a manifesté son incompréhension devant les conclusions de l'OCAI. L'intimé a quant à lui persisté dans ses conclusions. Il soutient qu'une expertise supplémentaire ne se justifie pas dans la mesure où les limitations physiques ont été clairement établies. Par ailleurs, il a relevé avoir procédé à une réduction supplémentaire de 25%, dont une partie tient compte des limitations fonctionnelles, et donc d'une éventuelle diminution du rendement. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). En dérogation aux

art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les formes et délais légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé du recourant entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité. En substance, le recourant allègue ne pas être en mesure d'exercer une activité professionnelle. Il en veut pour preuve les observations faites lors de ses stages dont il estime qu'ils ont démontré qu'il s'est toujours efforcé de faire au mieux, mais sans succès. Il ne conteste pas être en mesure d'exercer une activité légère mais allègue que les expériences pratiques ont démontré que sa capacité de travail est limitée et que même dans une telle activité, son rendement n'est que de l'ordre de 80%. Il demande dès lors qu'au calcul auquel a procédé l'OCAI, soit appliquée une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte de cette diminution de rendement. Cela étant, il ne remet pas en cause, dans leur principe, les diagnostics retenus par les experts. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). 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. b) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI

2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). c) Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 76 ss, spéc. 80 ss). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et

conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). 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). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). 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], 4ème 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 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). En l'espèce, la décision querellée est principalement fondée, d'un point de vue médical, sur les expertises réalisées en 2004 par les Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_. Il est vrai que les rapports rendus par ces derniers l'ont été plus de trois ans avant les décisions litigieuses.

Cela étant, le recourant n'allègue pas que son état se serait fortement aggravé depuis lors. Les médecins qui se sont prononcés postérieurement aux expertises en question ont confirmé les diagnostics retenus, en particulier ceux de trouble somatoforme douloureux et de lombalgies chroniques. Il est vrai que depuis lors, ont été posés les diagnostics supplémentaires de tendinopathie du sus-épineux - dont le Dr A\_\_\_\_\_ a toutefois indiqué par la suite qu'elle ne modifiait pas son évaluation de la capacité de travail de l'assuré mais entraînait une limitation supplémentaire -, de bec acromial - dont le Dr D\_\_\_\_\_ a cependant estimé qu'il n'empêchait pas l'assuré d'exercer à plein temps une activité adaptée - et enfin, de compression du nerf ulnaire - dont le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que cela se traduisait par un manque de force progressif mais que l'arrêt de travail n'était motivé que par les lombalgies. L'évaluation médicale à laquelle s'est livrée le Dr A\_\_\_\_\_, telle que complétée par la suite par les autres médecins, reste donc d'actualité. Au surplus, tous les médecins se sont accordés à dire qu'il n'y avait pas de véritable substrat organique aux douleurs lombaires de l'assuré. Ainsi, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que les examens radiologiques ne montraient pas de hernie, que les trous de conjugaison étaient normaux, les articulations sacro-iliaques d'aspect strictement normal. Il a ajouté que les dégénérescences constatées ne suffisaient pas à expliquer en totalité les douleurs décrites. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne fait donc aucun doute, de sorte qu'il convient de vérifier en premier lieu s'il existe une comorbidité psychiatrique suffisante aux yeux de la jurisprudence pour lui reconnaître un caractère invalidant. Tel ne semble pas être le cas. Certes, le Dr C\_\_\_\_\_ a évoqué un état dépressif, qu'il a qualifié de grave. Cependant, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste en la matière, a précisé que si l'assuré présentait en effet en mars 2007 un état dépressif sévère, celui-ci, réactionnel aux douleurs dorsales, s'était bien amélioré sous médication et avec une thérapie appropriée. Il a ajouté que lorsqu'il avait revu le patient en 2009, ce dernier ne présentait plus qu'un épisode dépressif de gravité légère à moyenne, sans incidence sur sa capacité de travail. Le recourant a d'ailleurs admis, suite à l'audition de ce médecin, qu'il n'y avait finalement pas de limitation de sa capacité de travail d'un point de vue psychique. La présence d'une comorbidité psychique au sens voulu par la jurisprudence constante n'est ainsi pas avérée en l'espèce. Reste donc à vérifier que la réalisation des autres critères permettant la reconnaissance du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Or, dans le cas d'espèce, de telles affections font défaut. Le Dr C\_\_\_\_\_, lors de son audition, a évoqué « de multiples pathologies rhumatismales associées » mais n'a finalement évoqué, outre les douleurs de son patient, que des tendinopathies, et un conflit ulno-carpien dont il a déjà été relevé que s'ils entraînent certes des limitations, ils ne diminuent pas la capacité de travail de l'assuré. En définitive, seules sont présentes, de façon prolongée et intense, les douleurs relatées par l'intéressé et qui ne sont, au demeurant, pas remises en question. Cette seule souffrance, bien qu'elle soit évidemment très difficile à vivre, n'est pas suffisante au regard des critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que le recourant souffre depuis plusieurs années. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI). Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas alléguée et ne ressort pas du dossier. L'état psychique de l'assuré n'est manifestement pas cristallisé.

Enfin, on ignore si tous les traitements ont été tentés. Mais quoi qu'il en soit, il ressort de ce qui précède que les critères jurisprudentiels ne sont pas réalisés en l'espèce pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme du recourant. En conséquence, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir que l'assuré est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations. Dans la mesure où ces limitations ont été clairement énoncées dans les différents rapports médicaux versés au dossier et où les diagnostics retenus ne sont pas contestés, le Tribunal de céans ne voit pas l'utilité de mettre sur pied une nouvelle expertise rhumatologique, ainsi que le réclame le recourant. Le seul point litigieux est l'évaluation de sa capacité de travail, dont son médecin traitant soutient qu'elle ne dépasse pas 50%, même dans une activité adaptée, mais il motive cette position par l'état psychique de son patient - dont le Dr H\_\_\_\_\_ a pourtant indiqué qu'il était sans influence sur la capacité de travail - et par les douleurs de son patient, dont il reconnaît qu'elle sont surtout liées au trouble somatoforme dont on a vu qu'il ne pouvait être reconnu comme invalidant en l'espèce. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr A\_\_\_\_\_ et du SMR. Quant aux conclusions de l'observation professionnelle, s'il est vrai qu'il a été indiqué qu'un stage n'avait pu être mené à son terme en raison d'une recrudescence des douleurs, il n'en demeure pas moins que les responsables du CIP, dans leurs conclusions définitives, ont retenu que, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, des rendements proches de la normale étaient exigibles, rejoignant ainsi l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_. On ajoutera que l'intimé, ainsi qu'il l'a relevé, a appliqué au revenu d'invalidité la réduction maximale de 25%, laquelle prend ainsi déjà en compte une éventuelle baisse de rendement, de sorte que le calcul auquel s'est livré l'intimé n'apparaît pas critiquable. Le degré d'invalidité de 33% auquel a abouti l'intimé n'étant effectivement pas suffisant pour ouvrir droit à une rente, le recours sera rejeté sur ce point. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a également refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel, notamment d'un reclassement. a) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, le recourant remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20%). Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'intimé lorsque ce dernier soutient que le recourant ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, le recourant a activement participé à la mesure d'observation professionnelle qui lui a été proposée, son engagement et sa motivation ont été soulignés de sorte que l'on ne saurait tirer argument du fait qu'il a usé de son droit de déposer une demande de rente que des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec. On veut encore pour preuve de la motivation de l'assuré le fait qu'il ait travaillé de juin à septembre 2008, dans un EMS et qu'il en ait retiré suffisamment de satisfaction pour que cela entraîne même une amélioration de son état,

constatée par son médecin traitant. D'un autre côté, force est de constater que le recourant, aujourd'hui âgé de la soixantaine, est désormais proche de l'âge de la retraite, de sorte que l'on peut douter de l'opportunité d'organiser un reclassement qui prendra vraisemblablement plusieurs mois. A cet égard, une aide au placement ou une autre mesure serait peut-être plus indiquée. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours sera admis en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à des mesures de réadaptation professionnelle dont il appartiendra à l'intimé de déterminer laquelle sera la plus adéquate.

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

Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimé pour détermination de la mesure de réadaptation professionnelle la plus adéquate et la mise en œuvre de celle-ci dans les meilleurs délais. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.