RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1246/2005 **ATAS/1047/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 16 novembre 2006

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , ONEX, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Daniel MEYER	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Valérie MONTANI et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1966, de nationalité portugaise, a travaillé comme manœuvre dans le bâtiment. Il a travaillé en dernier lieu pour la société X_____ SA, à raison d'un horaire de travail variant de 40 à 45 heures par semaine et d'un salaire horaire de 25 fr. 40. Son salaire annuel s'est ainsi élevé, en l'an 2000, à 55'723 fr. 50 brut.

2. L'assuré a commencé à faire des crises sous forme de multiples douleurs ostéoarticulaires et de fatigue durant deux à trois semaines et cela, une à deux fois par année depuis 1996 environ. A la fin de l'an 2000, son état s'est péjoré et la crise a duré, ce qui l'a obligé à cesser le travail le 8 février 2001. Le 6 février 2001, un scanner lombaire a montré une discopathie L5-S1 avec une hernie discale postéro-médiane relativement volumineuse.

3. Le patient a alors été adressé à la Dresse A_____, rhumatologue. Une scintigraphie osseuse n'a mis en évidence que des troubles dégénératifs modérés au niveau sterno-claviculaire, acromio-claviculaire et sterno-première côte des deux côtés. Les examens cliniques n'ont pas montré d'atteinte inflammatoire mais une micro-hématurie. La Dresse A_____ a conclu que l'on était en présence de douleurs dont le seul substrat - du moins pour les membres supérieurs et le rachis lombaire - semblait être une atteinte dégénérative et ab-articulaire. Elle a estimé ne pas avoir suffisamment de critères pour conclure à une fibromyalgie dont elle avait relevé qu'elle était d'ailleurs assez rare chez l'homme. Elle a cependant souligné que la palpation de certains muscles était ressentie comme douloureuse, bien que sans faiblesse associée, et que les enzymes musculaires étaient normaux. Sur son conseil, l'assuré a été hospitalisé.

4. L'assuré a donc séjourné au département de médecine interne des ("établissement hospitalier") du 28 mai 2001 au 1er juin 2001. Les Drs . B_____, chef de clinique, et C_____, médecin adjoint d'immunologie, ont posé le diagnostic de fibromyalgie probable et ont mentionné, à titre de comorbidité, des migraines fronto-temporales droites depuis l'enfance. Ils ont indiqué que l'assuré se plaignait de lombalgies irradiant dans les fesses, de douleurs aux genoux irradiant à la face antérieure des cuisses, d'arthralgies aux épaules et aux coudes et de cervicalgies irradiant à l'occiput. Ces douleurs ont été décrites comme constantes avec des fluctuations journalières, sans facteur déclenchant, et empêchaient l'assuré de rester longtemps assis. Elles étaient exacerbées par la mobilisation, limitant entre autres son périmètre de marche. Le patient a également décrit des faiblesses importantes dans les quatre membres. Les médecins ont relevé que tous les points de fibromyalgie étaient positifs, à l'exception de deux, que les épaules étaient douloureuses à la mobilisation et que les anti-inflammatoires étaient restés sans effet. Les examens biologiques ne montraient pas de symptômes inflammatoires et

l'examen clinique avait mis en évidence essentiellement une polyinsersionite non inflammatoire, l'absence de syndrome inflammatoire biologique et une réponse meilleure au Tramal qu'aux anti-inflammatoires. Afin d'exclure une hémochromatose, les médecins ont procédé à un bilan ferrique qui s'est révélé être dans la norme. S'agissant de la hernie discale, le patient est resté asymptomatique durant toute la durée de son séjour. Le bilan thyroïdien s'est révélé négatif. Les médecins ont évoqué la possibilité d'un syndrome de fatigue chronique. Les investigations ont par ailleurs permis d'écarter une vasculite, une atteinte rénale ou une collagénose.

5. Dans un courrier adressé le 10 août 2001 au Dr. D_____, médecin-conseil de l'assureur de l'employeur de l'intéressé, le Dr. E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que le patient se plaignait de douleurs ostéoarticuliares multiples mal systématisées et sans horaires, d'un mauvais sommeil, d'une grande fatigue, de troubles de la concentration et de la mémoire et qu'il se sentait très ralenti physiquement et psychologiquement. L'examen clinique a été décrit comme normal aux points de vue de médecine interne, dermatologie, et de neurologie. L'examen ostéoarticulaire a mis en évidence une augmentation de la distance doigts-sol à plus de 20 cm étant précisé que, selon le médecin, le patient retenait manifestement le mouvement. Le médecin a indiqué que son patient, lorsqu'il est couché, peut passer à la position assise sans problème. La musculature des deux cuisses est très bonne. Le médecin n'a pu mettre en évidence ni contracture ni arthrite ni déformation articulaire. Il a relevé la présence de tous les points de fibromyalgie et a conclu à une capacité de travail de 0% dans un emploi de maçon ou tout autre emploi "lourd". En revanche, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était conservée à 75% dans un travail léger comme une conciergerie, un travail de surveillance ou un emploi de petite mécanique dans une usine. Il a souligné la nécessité d'une prise en charge psychologique et préconisé un recyclage professionnel le plus rapidement possible.

6. Le Dr. F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport le 14 août 2001 à l'intention du GROUPE MUTUEL. Il y a posé les diagnostics de lombalgies chroniques de type mécanique, troubles dégénératifs de la ceinture scapulaire, hyper-cholestérolémie et épicondyle. Il a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 8 février 2001.

7. Le Dr. G_____a établi également un rapport médical à l'intention du GROUPE MUTUEL le 20 mars 2001. Il a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 à droite et de lombalgies droites irradiant dans la jambe droite et ayant débuté quelques jours auparavant. Il a également attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 8 février 2001.

8. Le 3 septembre 2001, l'assuré a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) une demande de prestations en invoquant une fibromyalgie, une hernie discale et une arthrose.

9. Interrogé par l'OCAI, le Dr. F_____, a indiqué, dans un rapport daté du 24 septembre 2001, que son patient était atteint de fibromyalgie et dans l'incapacité totale de travailler depuis le 8 février 2001. Il a mentionné qu'en dehors des douleurs liées à la fibromyalgie, le patient se plaignait également de vertiges, de problèmes de vue, de céphalées et de douleurs lombaires de type mécanique. Il a également fait état d'idées dépressives en relation avec son incapacité de travail et réservé son pronostic. Il a ajouté que l'atteinte à la santé avait pour conséquence l'impossibilité pour le patient d'effectuer des travaux lourds. Le médecin a en revanche estimé que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité et évalué sa capacité de travail dans une activité légère à 75%. Il a recommandé d'éviter de porter des charges, de se baisser, de travailler en hauteur, ou de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il a également précisé que le patient pouvait rester en position assise six heures par jour et qu'il en allait de même pour la position debout.

10. Le Dr. H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, interrogé par l'OCAI, a indiqué dans un rapport daté du 10 avril 2002 que le patient était atteint de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale et ce, depuis février 2001. Selon lui, le patient est atteint d'angoisse, d'un sentiment d'insécurité, souffre de douleurs aux membres inférieurs et le long de la colonne vertébrale et s'inquiète pour son avenir; les douleurs le rendent irritable et dépressif et il ne peut s'imaginer rester invalide le reste de sa vie.

11. Il ressort d'un courrier adressé le 11 février 2003 au Professeur I_____ par le Dr.. J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qu'un trouble neurologique objectivable n'a pu être mis en évidence et que l'assuré présente des douleurs récidivantes avec des sciatiques sur une hernie discale L5-S1 documentée. Selon le médecin, il n'y aurait pas d'autre solution que d'envisager une cure chirurgicale de cette hernie, avec éventuellement une stabilisation. Selon lui, cela ne permettrait certainement pas une reprise du travail, compte tenu de l'activité professionnelle d'une part et de la fibromyalgie d'autre part. Le médecin a insisté sur le fait que si l'on ne faisait rien pour traiter la hernie, la situation n'irait pas en s'améliorant.

12. Par courrier du 17 mars 2003, le Dr. K_____, médecin adjoint de la clinique de neurochirurgie des "établissement hospitalier", a répondu qu'il confirmait notamment la présence d'une grosse hernie L5-S1. Il a ajouté que le syndrome algique était finalement peu évocateur d'un véritable conflit disco-radiculaire puisqu'il n'y avait aucune irradiation algique franchement radiculaire. Dans cette situation un peu contradictoire, le médecin a préconisé de ne pas opérer pour

l'instant puisque le patient, en arrêt de travail, n'avait pas d'efforts particuliers à fournir et qu'il était bien stabilisé par une médication, il est vrai assez lourde. Il a rappelé le contexte de fibromyalgie, avec des douleurs vraiment très diffuses dans les divers points classiques remontant à la ceinture scapulo-humérale notamment. En définitive, le médecin a émis l'avis que le patient ne bénéficierait pas beaucoup d'un geste chirurgical. Il a par ailleurs mis en doute le fait qu'il puisse retrouver une activité professionnelle dans ce contexte général, quel que soit le résultat du geste ciblé.

13. A la demande de l'OCAI, un mandat d'expertise a été confié au Prof..-. L_____, médecin chef du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du ("établissement hospitalier"). Ce dernier a rendu son rapport le 10 novembre 2003. Il a relevé que l'assuré savait à peine lire et écrire le portugais, qu'il ne savait lire que quelques mots simples en français et ne savait pas écrire cette langue. Il ressort de ce rapport que l'assuré se plaint de douleurs permanentes localisées surtout dans la région lombo-fessière, dans le haut des deux jambes et dans la région cervicale. Rien n'améliore les douleurs, si ce n'est la physiothérapie, qui fait de l'effet pendant quatre à cinq heures environ. Le patient se plaint en outre d'un sommeil entrecoupé de réveils. Il est fréquemment fatigué le matin au lever. Il est incapable de rester assis plus d'une quinzaine de minutes, car cela exacerbe ses lombalgies. Il ne peut pas marcher plus de trente minutes. Il ne peut pas porter de charge supérieure à dix kilos. Il dit avoir ressenti des douleurs telles qu'il ne peut ni faire la vaisselle ni passer l'aspirateur. Il peut conduire sa voiture mais seulement sur de petits trajets. Il ne pratique plus aucun sport si ce n'est un peu de natation de temps à autre.

    Le médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique touchant particulièrement la région lombaire basse et les quatre membres et d'état dépressif. Relevant que l'assuré n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle lucrative quelle qu'elle soit du fait qu'il ne maîtrise pas le français, le médecin pose un pronostic assez sombre quant à une reprise d'activité. Le patient fait en outre état de difficultés conjugales, son épouse ayant de plus en plus de mal à le supporter.

    Au plan physique, le médecin n'a relevé aucune limitation. Au plan psychique et mental, il a indiqué que le patient paraissait un peu ralenti et légèrement dépressif. Au plan social, il paraît assez isolé. Il ne voit que quelques personnes lorsqu'il accompagne ses enfants à la crèche ou à l'école. Quant à sa famille, elle se trouve au Portugal.

    Le médecin a conclu à une capacité résiduelle de travail presque totale des points de vue somatique et rhumatologique. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors serait exigible à raison de sept heures par jour. Le rendement serait diminué de 25% au moins. Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables, sous forme de mesures ergonomiques et physiothérapeutiques, du port d'une ceinture

élastique pour la région lombaire, de la poursuite du traitement à visée analgésique et de cours de français. Il a cependant émis l'avis qu'en raison du trouble somatoforme dans lequel le patient s'était installé, ces mesures seraient certainement peu efficaces.

En conclusion, il a jugé que l'assuré pourrait exercer à plein temps mais avec une diminution de rendement de 20% environ un travail n'impliquant pas le port de lourdes charges.

14. Les Drs. M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et. N_____(médecine interne), du AI ("établissement hospitalier" Léman), ont retenu les diagnostics de troubles dysthymiques chez une personnalité à trait infantiles et dépendants et de syndrome douloureux chronique. Il a été constaté que le patient, lucide et orienté, ne présentait pas de trouble du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique, répondait sans difficultés aux questions qui lui étaient posées, que sa capacité de jugement et de raisonnement correspondait à une intelligence dans les limites de la norme. A l'examen, sa thymie n'est manifestement pas dépressive. Il souffre d'insomnies en rapport avec ses douleurs. Aucun trouble de l'attention ou de la concentration n'a été relevé. L'assuré se décrit comme irritable et se montre dans l'ensemble projectif à l'égard des administrations qui l'auraient injustement traité. Il n'est ni anhédonique ni aboulique.

    Les médecins n'ont pas relevé de retrait social. Ils concluent à un trouble dysthymique correspondant à l'expression d'une personnalité à traits infantiles et dépendants, d'intensité insuffisante pour constituer une comorbidité aux troubles douloureux chroniques. Selon eux, les traits de personnalité de l'assuré n'ont pas valeur de caractère prémorbide et n'empêchent pas en soi la reprise d'une activité; quant au trouble douloureux, il n'entraîne pas de limitations importantes de la vie sociale de l'assuré, qui reste conservée.

    En l'absence de limitations fonctionnelles déterminantes sur le plan psychiatrique, les médecins ont estimé la capacité de travail exigible de l'assuré à 75% dans une activité adaptée, en précisant que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'était pas contre-indiquée.

15. L'OCAI a dès lors décidé de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle.

16. Le Centre d'Intégration Professionnelle (CIP), après une observation du 4 au 31 octobre 2004, a rendu son rapport le 17 novembre 2004. Il conclut à une capacité résiduelle de travail de 75% (correspondant à 75% de rendement sur un plein temps) après une période d'adaptation dans un emploi pratique et léger privilégiant la position assise, permettant d'alterner les positions de travail. A titre de métiers possibles ont été retenus : chauffeur-livreur dans le secteur des petites livraisons, ouvrier d'assemblage en mécanique légère ou employé dans le

conditionnement léger. Il a été recommandé d'éviter les positions statiques prolongées, le port de charges et les travaux nécessitant d'une manière prolongée ou répétée une position en porte-à-faux. Il a été précisé que l'assuré avait démontré de bonnes aptitudes manuelles ainsi qu'une certaine vivacité de réaction. Il a été souligné que toute reprise professionnelle nécessiterait une aide au placement ainsi qu'une période d'adaptation sous la forme d'une mise au courant en entreprise ou d'une période de formation pratique et devrait être réalisée au moins dans un premier temps dans un milieu cadrant et soutenant.

17. Sur la base de ces informations, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à une comparaison théorique des gains. Elle a retenu à titre de revenu avec invalidité le salaire mensuel qu'aurait réalisé en 2002 un homme exerçant une activité simple et répétitive, soit 39'115 fr. (ESS 2000, TA 1 : 4'437 fr. par mois pour un horaire de 40 heures, soit 4'637 fr. par mois pour un horaire de 41,8 heures, soir 55'640 fr. par année en 2000, soit 57'948 fr. en 2002, soit, après réduction de 25% pour tenir compte de la baisse de rendement : 43'461 fr., soit, après réduction supplémentaire de 10% : 39'115 fr.). Elle l'a comparé au revenu annuel brut qu'aurait obtenu l'assuré, sans son invalidité, en 2002, soit 59'264 fr., et a conclu à une perte de gain de 20'149 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 34%, n'ouvrant pas droit à une rente mais permettant en revanche de mettre l'assuré, s'il le souhaitait vraiment, au bénéfice de mesures d'ordre professionnel. Concluant aux faibles chances de succès d'une réadaptation, la division a clôturé le dossier. Les chances de succès d'une réadaptation ont été jugées faibles compte tenu des convictions très subjectives que l'assuré s'est forgé par rapport à ses atteintes et de sa position de victime par rapport à la société (il parle de ségrégation raciale et de non-reconnaissance de ses atteintes).

18. Par décision du 14 décembre 2004, l'OCAI a conclu à un taux d'invalidité de 34% n'ouvrant pas droit à une rente.

19. Par courrier du 13 janvier 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en faisant valoir que l'OCAI n'avait pas tenu compte de ses douleurs physiques permanentes ni de ses troubles psychiques. Il s'est référé aux avis des Drs E_____, F_____ et H_____. Il a allégué que, selon ces médecins, il présentait une limitation de 25% du point de vue physique, mais également au plan psychique. Il soutient que, vu ces limitations fonctionnelles importantes, sa capacité de travail est réduite de 75% dans une activité adaptée à son état de santé, que son arrêt de travail prolongé et les troubles de sa personnalité constituent autant de facteurs de mauvais pronostics quant à une éventuelle reprise d'une activité lucrative, que son salaire assuré en 2001 était de 61'726 fr. 70, que c'est un taux d'invalidité de 50% au moins qui doit lui être reconnu et qu'il doit être mis au bénéfice de mesures professionnelles.

20. Par décision du 21 mars 2005, l'OCAI a confirmé son refus de prestations. Il a relevé que, contrairement à ce que soutient l'assuré, l'expertise médicale réalisée par le "établissement hospitalier" en date du 10 novembre 2003 ne contredit pas le rapport d'expertise du Dr E_____. Il s'est référé par ailleurs à l'examen psychiatrique du "établissement hospitalier", qui conclut à une capacité de travail exigible de 75% dans une activité adaptée. Il a par ailleurs considéré que l'assuré ne réunit pas plusieurs des critères jurisprudentiels posés en matière de troubles somatoformes douloureux permettant de fonder un pronostic défavorable concernant l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle. L'OCAI a soumis une nouvelle fois le dossier aux techniciens de réadaptation professionnelle et est parvenu, s'agissant du salaire sans invalidité, au calcul suivant : 25 fr. 40 (salaire horaire en 2001 selon le questionnaire employeur) x 179,6 (horaire moyen dans la profession de maçon selon la convention collective de travail) x 13 (nombre de mois payés) = salaire annuel de 59'303 fr. 90 pour 2001, correspondant à un salaire annuel de 60'270 fr. pour 2002. L'OCAI a reconnu s'être auparavant basé de manière erronée sur un horaire moyen de 176,6, ce qui conduisait à reconnaître un taux d'invalidité de 34%, cette différence étant toutefois sans incidence sur le droit aux prestations, puisque le nouveau calcul aboutit à un degré d'invalidité de 35%.

21. Par courrier du 22 avril 2005, l'assuré a interjeté recours. Il conclut à l'octroi d'un trois-quarts de rente au moins et ce, pour une durée indéterminée. Il conteste les conclusions de l'examen rhumatologique pratiqué le 3 novembre 2003, relevant que malgré le fait que l'expert ait relevé un trouble somatoforme, des douleurs aux talons et des lombalgies basses, il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucune limitation du point de vue physique. Il invoque l'avis du Dr E_____ qui confirme quant à lui le diagnostic de fibromyalgie, lequel n'est remis en question ni par le Dr J_____ ni par le Dr F_____. Il fait valoir qu'outre son atteinte fibromyalgique, il souffre également d'une volumineuse hernie L5-S1 qui, selon le Dr J_____, nécessite une intervention chirurgicale, laquelle n'entraînera cependant pas d'amélioration de la capacité de travail. En conclusion, il soutient souffrir d'une fibromyalgie et non d'un simple syndrome douloureux chronique. Il rappelle être également atteint de migraines fronto-temporales droites invalidantes, d'une amblyopie de l'œil gauche, d'épisodes de lombalgies et d'arthrite, ainsi que d'un syndrome dépressif se traduisant par un état de fatigue généralisé et un sentiment de démotivation. Il fait valoir que les troubles d'ordre psychique sont présents depuis plusieurs années, qu'ils ne sauraient dès lors découler de l'atteinte fibromyalgique et que, dès lors, ils doivent être examinés de façon autonome.

    En bref, il rappelle souffrir de façon chronique depuis plusieurs années de douleurs très diffuses dans le contexte d'une fibromyalgie et d'une hernie volumineuse. S'y ajoutent du point de vue psychiatrique : un trouble dépressif, un état de stress important, des troubles de la personnalité à traits infantiles et dépendants, des troubles du sommeil et de la concentration, préexistant aux troubles d'ordre rhumatologique et somatique et se manifestant sur le plan social par un sentiment

d'isolation. Il conclut dès lors à l'existence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment durable et importante pour reconnaître qu'on ne saurait exiger de lui une reprise du travail à 100%. Il invoque également une perte d'intégration sociale puisque, excepté sa famille, il s'est coupé de tout contact extérieur. Enfin, il relève que, du point de vue thérapeutique, l'évolution n'est guère favorable dès lors qu'à ce jour la poursuite du traitement médical n'as pas été susceptible d'améliorer sa symptomatologie.

Enfin, il reproche à l'OCAI d'avoir refusé d'ordonner des mesures d'ordre professionnel au motif qu'elles ne pourraient atteindre le but visé. A cet égard, il allègue qu'on ne saurait lui reprocher son comportement plaintif puisqu'il découle manifestement de limitations physiques bien réelles. Il relève par ailleurs avoir toujours été présent durant son stage et y avoir fait preuve de persévérance, nonobstant ses douleurs.

22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 17 juin 2005, a conclu au rejet du recours. Il relève d'une part que l'état dépressif dont souffre l'assuré est - contrairement à ce qu'il soutient - bel et bien réactif à sa fibromyalgie selon le certificat médical par le Dr H_____. Quant à la hernie discale, il soutient qu'elle ne peut être considérée comme une atteinte à la santé invalidante puisqu'elle n'a pas été retenue comme diagnostic susceptible d'entraîner une incapacité de travail par le Dr L_____.

23. Par courrier du 13 juillet 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 21 mars 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

   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).

   Le recourant reproche notamment à l'intimé d'avoir retenu qu'il souffre d'un trouble somatoforme douloureux et non d'une fibromyalgie. Cette distinction est cependant sans incidence sur l'issue du litige. En effet, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en

tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

c) 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). 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 et les références).

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

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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise rhumatologique ainsi qu'une expertise psychiatrique. Il convient de vérifier si elles permettent de renverser la présomption selon laquelle la fibromyalgie dont est atteint l'assuré ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

A cet égard, on vérifiera en premier lieu la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Certes, le Dr H_____ a indiqué, dans son rapport du 10 avril 2002, que le patient était atteint d'angoisse et d'un sentiment d'insécurité et s'inquiétait pour son avenir, ce qui est tout à fait légitime dans une situation telle que la sienne. Il n'a cependant posé formellement aucun diagnostic au plan psychiatrique. Quant au Dr M_____, il n'a retenu à titre de diagnostics sur le plan psychique que celui de troubles dysthymiques chez une personnalité à traits infantiles et dépendants, ce qui ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence rappelée supra. Au contraire, le Dr M_____ a jugé que la

thymie de l'assuré n'était manifestement pas dépressive. Il faut donc nier l'existence d'une comordité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisantes au sens de la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie du recourant.

Se pose dès lors la question de la réalisation éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie.

A l'examen des expertises, on ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. D'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques n'a pas été établie, puisqu'il n'a été fait état d'aucune limitation objective sur le plan somatique (ATFA non publié du 12 juin 2006 I 317/05 consid. 5.2). Les médecins du "établissement hospitalier" ont estimé que l'assuré ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il y a lieu de les suivre sur ce point puisque l'assuré apparaît encore capable de prendre plaisir à certaines activités. On ne saurait davantage conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé ni à l'échec de traitements conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique puisque sa hernie n'a pas été opérée. Dès lors, compte tenu de la jurisprudence, très stricte en la matière, il y a lieu de nier tout caractère invalidant - du point de vue de l'assurance-invalidité - à la fibromyalgie du recourant.

Malgré tout, l'OCAI lui a reconnu une réduction de la capacité de travail de 25 % suite au stage d'observation professionnelle qu'il a suivi et y a ajouté une réduction de 10% du revenu d'invalide. Cette décision est bienveillante dans la mesure où, ainsi qu'il ressort des considérations qui précèdent, les critères permettant d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie ne sont pas remplis. En effet, au vu de l'ensemble des éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assuré, on doit nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Cependant, l'appréciation de la capacité de travail par l'OCAI peut se défendre par le fait que le recourant est également atteint d'une hernie, dont le Prof. L_____ a indiqué qu'elle entraînait à elle seule une réduction de rendement de 20%. Le tribunal de céans ne reviendra dès lors pas sur l'appréciation de la capacité de travail à laquelle l'intimé a conclu.

Quant au calcul du taux d'invalidité, il n'y a pas non plus à y revenir, dans la mesure où, conformément à la demande du recourant, le montant du revenu sans invalidité a été corrigé sans que cela n'entraîne de changement conséquent pour l'issue du litige, le taux d'invalidité demeurant de 35%, donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

6. Reste la question d'éventuelles mesures d'ordre professionnel. L'OCAI a reconnu que le taux d'invalidité du recourant lui ouvrait droit à de telles mesures mais y a

renoncé vu son absence de motivation et sa position "de victime". Le recourant a lui-même reconnu souffrir de "démotivation". C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a jugé que de telles mesures seraient - en l'état - sans doute vouées à l'échec. Il n'en demeure pas moins que si l'assuré le souhaite vraiment et fait montre de motivation, il pourra déposer une demande en ce sens auprès de l'OCAI.

7. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	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