RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1932/2005 2 AI **ATAS/879/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème Chambre

du 18 octobre 2005

En la cause

Monsieur M_____, mais comparant par Me Daniel MEYER, en l'étude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : le recourant), né le 24 novembre 1968, de nationalité portugaise, a travaillé dès juin 1993 en tant que nettoyeur auprès de l'entreprise X_____ et à temps partiel, dès juillet 1991, en tant que concierge auprès de l'entreprise Y_____.

2. En mars 2001, alors qu'il se rendait en scooter à son travail, son véhicule a glissé sur les rails du tram. Il a fait une chute sur l'épaule gauche et s'est fracturé le gros orteil du pied gauche. Depuis, il a ressenti des douleurs dans les régions cervicale et lombaire. Après un bref arrêt de travail, il a repris ses activités, d'abord à 50% puis à 100%.

   Le 22 janvier 2002, alors qu'il nettoyait un lustre du Grand-Théâtre, le recourant a chuté d'une hauteur d'environ deux mètres avec réception sur les deux pieds. Le soir même, des douleurs aux niveaux cervical et lombaire sont apparues, associées à un blocage. Ce traumatisme a été à l'origine d'un arrêt de travail qui perdure encore.

3. A la demande de la GENEVOISE ASSURANCES, assurance collective maladie, le recourant a été examiné par la Dresse Florence EMERY, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 15 mai 2002, elle a certifié une incapacité de travail à 100%. Concernant les douleurs mal systématisées, elle a proposé d'adresser le recourant à un rhumatologue dans l'idée de confirmer une probable fibromyalgie (12 points douteux). Concernant la lombosciatalgie gauche, elle a demandé un avis à un rhumatologue, car l'anamnèse lui avait semblé très atypique, sans syndrome déficitaire et l'image du CT floue à l'endroit de la hernie décrite (6 mm x 1 mm).

4. Dans un rapport médical du 24 juin 2002, adressé à la Dresse A_____, médecin-traitant du recourant, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a confirmé les lombosciatalgies gauches. Les points de fibromyalgie étaient indolores ; il y avait une absence d'anomalie de la force, des réflexes ou de la sensibilité des membres inférieurs mais la manœuvre de Lasègue déclenchait des douleurs lombaires basses du côté droit et du côté gauche vers 60° sans aucune irradiation au membre inférieur. Il a donc préconisé la réalisation d'un examen neurologique des membres inférieurs afin d'objectiver, cas échéant, une véritable atteinte neurologique.

5. Dans son rapport du 13 janvier 2003, adressé à la GENEVOISE ASSURANCES, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique; le tableau clinique présentait des rachialgies diffuses chroniques avec irradiations au membre supérieur gauche et au membre inférieur gauche, sans évidence clinique pour une atteinte radiculaire. Les examens d'imagerie par résonance magnétique (ci-après :

IRM) cervicale et lombaire ont confirmé l'absence de phénomène compressif. On s'acheminait vers un tableau de fibromyalgie. Il a préconisé l'introduction d'un antidépresseur de type tricyclique et a insisté sur la nécessité d'un examen neurologique du membre inférieur gauche. Selon lui, le recourant devait être capable de reprendre une activité à au moins 50% dans une profession plus légère.

6. Le 4 février 2003, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) sous forme d'un reclassement dans une nouvelle profession.

7. Dans un rapport médical du 10 février 2003, adressé à l'OCAI, le Dr C_____, chef de clinique au Service de Neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) a diagnostiqué une scoliose lombaire inférieure ainsi qu'une protrusion discale L4-L5, existant depuis janvier 2002 et ayant des répercussions sur la capacité de travail, sans plus de précisions.

8. Dans un rapport médical du 18 février 2003 adressé à l'OCAI, la Dresse A_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur probable instabilité cervico-lombaire-retrolisthésis de C3-C4 et de L4, des lombosciatalgies aiguës droites à répétition sur hernie discale L4-L5, des cervico-brachialgies sur hernies discales C4-C5 et C5-C6, un état dépressif léger, une suspicion de fibromyalgie et une périarthrite de la hanche droite. Elle a certifié une incapacité de travail de 100% dès le 22 janvier 2002 et a considéré que l'état de santé du recourant ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit. A l'appui de ses diagnostics, la praticienne a joint les rapports médicaux des Drs D_____ (du 10 juin 2002), C_____ (du 26 juin 2002), E_____ et F_____ (du 26 juin 2002) et G_____ (du 12 novembre 2002) :

   - Selon le Dr D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, les documents radiologiques montrent une ébauche d'anomalie de transition avec probable hémisacralisation gauche de L5, hypoplasique du côté gauche, de sorte à provoquer une incurvation gauche de la basse de la colonne lombaire. Ceci, associé à un léger raccourcissement du membre inférieur gauche avec bascule du bassin, a abouti à une scoliose lombaire gauche avec rotation anti-horaire nette. De profil, une discopathie L4-L5 marquée surtout par un pincement postérieur et un rétrolisthésis prononcé. L'analyse tomodensitométrique a dévoilé une volumineuse protrusion centrale gauche débordant légèrement sur le mur postérieur de L5. Il a préconisé un traitement chirurgical.

   - Pour le Dr C_____, le scanner lombaire d'avril 2002 montre une hernie discale sous-ligamentaire d'une taille modérée en L4-L5 gauche et les

radiographies, une vertèbre L5 légèrement scoliotique vers la gauche avec une rotation discrète. Ceci dans le contexte d'une jambe gauche plus courte d'un centimètre. Il a proposé des infiltrations radiculaires L5 gauches lesquelles ont été pratiquées entre le 15 août et le 3 octobre 2002 au Service de Neurochirurgie des HUG. Il n'a pas indiqué une intervention chirurgicale pour la hernie discale L4-L5 gauche.

- Les Dresses E_____, psychologue et F_____, médecin associée, responsable du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur du HUG et du CHUV ont retenu des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques du rachis et un état anxio-dépressif réactionnel.

- Le Dr G_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à des dégénérescences discales en L4-L5 et L5-S1, sans discopathie significative, une ébauche de hernie discale en L4-L5 de localisation médiane et para-médiane droite appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural mais sans répercussion sur les racines, une protrusion discale en L5-S1, sans image de hernie.

9. Dans un rapport médical du 21 mars 2003, adressé à l'OCAI, le Dr D_____ a confirmé son diagnostic de discopathie L4-L5 avec probable instabilité et hernie discale L4-L5 gauche au décours et un status après traumatisme crânien en 1993, ayant nécessité le port d'une minerve pendant quelques mois. Il a justifié une incapacité de travail de 100%, dès le 6 juin 2002. Sur demande de la GENEVOISE ASSURANCES, il a précisé, le 2 mai 2003, que l'instabilité dégénérative L4-L5 et la hernie discale L4-L5 gauche au décours, non opérée, ont motivé l'arrêt de travail. Il s'est dit favorable à une intervention chirurgicale indiquant que l'avis contraire du service de neurochirurgie des HUG, en juin 2002, n'avait pas contribué à stabiliser le psychisme du recourant.

10. Le 15 avril 2003, à la demande du recourant, la Dresse A_____ a adressé à la GENEVOISE ASSURANCES un rapport sur l'évolution de l'état de santé de son patient. Elle a confirmé ses diagnostics et a attesté en outre d'un état anxio-dépressif ; une décompensation importante sur le plan psychique qui ne permet pas au recourant de reprendre un travail et de l'effectuer de façon adéquate tant qu'il n'y a pas disparition des douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et stabilisation sur le plan psychique.

11. Dans son rapport médical intermédiaire du 28 octobre 2003, adressé à l'OCAI, la Dresse A_____ fait état d'un état de santé stationnaire depuis environ neuf mois. Elle a annexé en plus les documents médicaux suivants :

    - Un rapport de la Dresse F_____ du 29 avril 2003, dans lequel la praticienne avait noté, entre autres, la persistance de vertiges ne provoquant pas de chutes.

- Un rapport du Dr H_____, spécialiste FMH en radiologie, du 17 mars 2003, dans lequel il atteste d'une hernie discale L4-L5 vraisemblablement sous-ligamentaire postéro-médiane et para-médiane gauche étalant la racine L5 gauche mais sans amputation de la gaine correspondante, ainsi qu'un net pincement du trou de conjugaison L5-S1 gauche pouvant entrer en conflit avec la racine L5 gauche dans son trajet foraminal.

- Un rapport du Dr I_____, du Service de radiologie et médecine nucléaire de l'Hôpital de la Tour, du 16 avril 2003, dans lequel il décrit un signe de discopathie avec douleur provoqué à l'injection intra-discale et opacification d'une saillie discale nodulaire focale postérieure para-médiane gauche correspondant à une hernie discale d'une épaisseur de 5 mm. Il préconise une infiltration à la cortisone.

- Un rapport du Dr C_____, du 21 août 2003, dans lequel il déconseille une intervention chirurgicale, vu le contexte du syndrome pan-vertébral, l'état dépressif majeur et l'absence d'une pathologie circonscrite clairement responsable de la symptomatologie.

12. Le 12 mai 2004, suivant l'avis du Service médical régional (ci-après : SMR), l'OCAI a ordonné une expertise rhumatologique et une expertise psychiatrique.

13. Le 6 août 2004, le Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise dans lequel il n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique. Par contre, il a eu l'impression que le recourant souffrait de l'ambivalence, de l'incertitude et de l'impuissance de la médecine ostéo-articulaire et rhumatologique. L'expert a souhaité que le recourant soit conduit vers une clarté diagnostique et thérapeutique et qu'il soit éventuellement, le cas échéant, conduit et accompagné sous forme d'aide au placement. Pour arriver à cette conclusion, l'expert a tenu compte d'éléments de l'anamnèse familiale, professionnelle et socioprofessionnelle, des plaintes et descriptions subjectives de l'assuré, de l'historique médical du dossier, de ses propres constatations cliniques et des observations cliniques résumées selon le système de l'Association internationale pour la méthodologie et la documentation en Psychiatrie (AMDP). L'expert a noté que, en phase initiale du processus douloureux, le recourant a souffert d'un trouble d'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte. Ce diagnostic, tout à fait logique avec les capacités d'adaptation restantes du patient, s'est largement résorbé et il est à la limite juste possible de dire que l'assuré est affligé par moments.

14. Le 31 août 2004, le Dr K_____, médecin-chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV a rendu le rapport de l'expertise réalisée le 23 août 2002. Lors de l'expertise, il a procédé à une anamnèse professionnelle et sociale, il a tenu compte de l'évolution de la maladie et des

résultats des thérapies ainsi que des données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle ; les plaintes et données subjectives de l'assuré ont été prises en compte ; le status clinique a tenu compte des examens médicaux suivants: radiographies de la colonne cervicale et lombaire de face et de profil du 29 janvier 2002, radiographies de la hanche droite de face et de profil du 12 avril 2002, des IRM cervicale et lombaire du 11 novembre 2002, un myélo-radiculo-CT du 14 mars 2003, un CT scan lombaire avec discographie du 15 avril 2003 et des radiographies prises le jour de l'expertise lesquelles ont mis en évidence une rectitude scoliotique de la colonne lombaire ou scoliose sinistro-convexe modérée et une ébauche de coxarthrose à gauche. L'expert a conclu à des troubles somatoformes douloureux touchant en priorité la région lombaire et cervicale, dès 2001 ; à un état anxio-dépressif diagnostiqué en 2003 par la Dresse F_____ ; à des troubles statiques rachidiens modérés, présents depuis plusieurs années et à une coxarthrose gauche très discrète. La capacité de travail est totale dans une activité adaptée. S'agissant de l'activité de nettoyeur, celle-ci peut être exigible environ 7 heures par jour avec une diminution du rendement de 20% au début, à réévaluer par la suite. En outre, des mesures de réadaptation professionnelle sont nécessaires à bref délai. Des conseils ergonomiques et le port d'un lombostal lors de la reprise des activités professionnelles ainsi que le soutien psychothérapeutique amélioreraient la capacité de travail dans le poste de nettoyeur. Ces mesures auront une influence favorable partielle sur la capacité de travail. D'autres travaux en position partiellement verticale et partiellement assise sont exigibles, en tenant compte du fait que le patient comprend et parle relativement mal le français.

15. Le SMR, dans son rapport d'examen du 6 décembre 2004, a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité avec une diminution transitoire de rendement de 20% pour tenir compte de la longue période d'inactivité professionnelle. L'expertise rhumatologique a permis « d'écarter avec beaucoup de vraisemblance un conflit d'ordre neurologique ou une atteinte rhumatologique particulière » mais, elle relève plusieurs signes de non-organicité et mentionne que le pronostic serait bon s'il n'y avait pas une forte surcharge fonctionnelle. L'expertise psychiatrique a conclu sans le moindre doute à l'absence totale de diagnostic psychiatrique. Il n'y a donc clairement aucune invalidité à retenir du point de vue psychiatrique, même pas en tant que co-morbidité.

16. Par décision du 20 décembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de reclassement dans une nouvelle profession au motif que le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins. La capacité de travail du recourant est de 80% dans l'activité habituelle de nettoyeur et dans un poste adapté à son état de santé, elle est de 80% au début et de 100% par la suite. En outre, des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à faciliter la reprise d'un emploi ni à diminuer la perte de gain engendrée par l'invalidité.

17. Par pli du 24 janvier 2005, complété par écriture du 7 avril 2005, le recourant a formé opposition contre cette décision concluant à l'octroi d'une rente complète d'invalidité ou à de mesures professionnelles. Il a produit un certain nombre de rapports médicaux sur le contenu desquels il sera revenu, cas échéant, ultérieurement.

18. Le 25 avril 2005, dans son avis médical sur opposition, le SMR s'est prononcé sur les rapports médicaux produits. Il a considéré que l'analyse médicale des arguments et des documents avancés à l'appui de l'opposition n'avaient révélé aucun motif de modifier ses conclusions du 6 décembre 2004. Ainsi, le diagnostic d'insuffisance vertébro-basiliaire (ci-après : IVB) du Dr L_____ n'avait été confirmé par aucun document médical et les symptômes invoqués n'étaient pas d'une gravité qui permette de les considérer comme invalidants. Par ailleurs, le pronostic, au terme des neuf séances de rééducation, était bon. L'IVB est une pathologie des artères vertébrales qui irriguent le cerveau et qui, dans certaines circonstances notamment lors de mouvements extrêmes de la tête, peuvent ne plus apporter suffisamment de sang au cerveau et causer divers symptômes, mais elle n'entraîne pas de handicap permanent ou de longue durée. La détermination de la date de l'aptitude à la réadaptation est inutile, car la capacité de travail est la même dans l'activité antérieure que dans une activité adaptée. Le SMR a proposé de maintenir la capacité de travail de 80%. La baisse de rendement transitoire de 20% ressort du rapport d'expertise du Prof K_____ et tient compte de manière théorique d'un « déconditionnement physique et psychologique » mais également des limitations fonctionnelles retenues par l'expert soit une « légère limitation liée à un état douloureux de la région lombo-fessière gauche », limitations liées au trouble statique rachidien et à la coxarthrose gauche très discrète mais pas au trouble somatoforme. Concernant les rapports annexés à l'appui de l'opposition, la plupart sont antérieurs à août 2004, date des deux expertises fondant la décision OCAI, ceux des Drs D_____ et A_____ font l'historique de l'atteinte lombaire sans faire état d'un quelconque fait nouveau depuis août 2004, le rapport du Dr M_____ atteste d'un événement anamnestique aigu (« il aurait chuté ») avec exacerbation des douleurs sans élément objectif d'une aggravation permanente ou de longue durée.

19. Par décision sur opposition du 3 mai 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale, selon laquelle le recourant n'a droit ni au reclassement professionnel ni à une rente d'invalidité. L'OCAI s'est fondé sur les conclusions des expertises médicales des Drs K_____ et J_____ ainsi que sur l'avis médical du SMR du 25 avril 2005. Il a toutefois ajouté que, si une aggravation avérée de l'état de santé du recourant perdurait, tout en influant sur sa capacité de travail, il lui serait bien évidemment loisible de formuler une nouvelle demande de prestations. Au vu de l'absence de tout diagnostic psychiatrique, l'OCAI s'est basé sur les conclusions de l'expertise rhumatologique et a retenu uniquement une baisse de rendement de 20% temporairement, taux qui équivaut à celui de l'invalidité en

l'occurrence. La reprise de l'activité antérieure de nettoyeur et de concierge est parfaitement exigible, le recourant devrait retrouver une capacité de travail totale dans ces professions à brève échéance. Toutefois, l'OCAI s'est déclaré disposé, sur demande écrite et motivée, à examiner son droit à disposer du service de placement.

20. Par courrier du 3 juin 2005, le recourant a interjeté recours contre cette décision, auprès du Tribunal de céans, concluant principalement à l'annulation de la décision sur opposition, à l'octroi d'une rente indéterminée d'invalidité de 100% et à une indemnité à titre de dépens. Il a allégué que l'expertise rhumatologique est incomplète, car elle n'a pas pris en compte le diagnostique d'IVB qui avait été constaté pour la première fois par la Dresse F_____ en 2002 (troubles neurologiques). Il insiste pour que ce diagnostic soit retenu, car il est de nature à causer des troubles extrêmement invalidants. Ainsi, eu égard aux nombreuses atteintes résultant des troubles rhumatologiques auxquels s'est associée une atteinte neurologique, il ne saurait être retenu une simple diminution de rendement de 20%. Par ailleurs, dès le 19 mai 2005, le recourant a été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée et aucun avis de sortie n'a pu à l'heure actuelle être émis en raison de la fragilité de son état de santé. Cet événement enlève selon lui la valeur probante à l'expertise du Dr J_____, qui concluait à l'absence d'un état dépressif, alors que le recourant est sous antidépresseurs depuis 2002. On se trouve donc en présence d'une co-morbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée telle que les troubles somatoformes douloureux reconnus par l'OCAI empêchent d'un point de vue objectif d'exiger du recourant d'exploiter toute éventuelle capacité résiduelle de travail. Le recourant affirme souffrir d'un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, de problèmes d'ordre neurologiques, d'une atteinte psychiatrique qui se manifeste par un état d'anxiété généralisée, de troubles de la personnalité, d'une dépression avec épisode actuel sévère, de troubles du sommeil et de la concentration justifiant une incapacité totale de travail. En outre, d'autres critères présentant une certaine intensité et constance propres à entraîner une invalidité au sens de l'assurance-invalidtité existent.

21. Dans sa réponse du 13 juin 2005, l'OCAI a conclu à la confirmation de sa décision sur opposition. Concernant l'aggravation de l'état de santé psychique alléguée par le recourant, qui ferait l'objet d'une hospitalisation, l'OCAI a souligné qu'il appartenait à son mandataire de la rendre plausible, pièces médicales à l'appui. En outre, il a relevé que les faits dont il se prévaut sont postérieurs à la date de la décision sur opposition querellée.

22. Par courrier du 24 juin 2005, le mandataire du recourant a informé le Tribunal que celui-là était suivi au Centre de thérapies brèves (ci-après : CTB). Il a saisi l'occasion pour produire un certain nombre de rapports médicaux sur le contenu des quels il sera revenu cas échéant ultérieurement.

23. Par ordonnance du 12 juillet 2005, le Tribunal de céans a transmis ces documents aux parties et leur a fixé un délai pour prendre position.

24. Par pli du 19 août 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions.

25. Par courrier du 26 août 2005, l'OCAI a maintenu ses conclusions formulées dans le préavis du 13 juin 2005 tendant au rejet du recours. Il a joint une copie de l'avis du SMR du 22 août 2005 selon lequel aucun argument médical ne justifiait une modification de la décision sur opposition. Du point de vue somatique, il n'y a ni aggravation significative des atteintes reconnues, ni pathologie nouvelle invalidante par elle-même. Sur le plan psychiatrique, l'assuré a présenté un épisode dépressif qualifié de sévère à la suite de la décision de refus de rente. Il s'agit d'un épisode réactionnel. L'évolution naturelle d'un épisode dépressif réactionnel se fait vers la guérison en moins d'une année. Compte tenu de l'absence préalable de pathologie invalidante au sens de l'assurance-invalidité, en particulier sur le plan psychique, cette atteinte, si elle devait contre toute attente persister, serait susceptible d'ouvrir un droit à des prestations de l'assurance-invalidité après un délai de carence d'une année. Sur le plan physique, l'OCAI a rappelé l'expertise du Dr K_____ et sur le plan psychique, le rapport d'expertise du Dr J_____ qui n'a fait état d'aucune pathologie psychique invalidante.

26. Par courrier du 13 septembre 2005, le recourant a fait parvenir une copie du résumé d'intervention du CTB-Pâquis du 15 août 2005 dans lequel, le Dr N_____, médecin interne et le Dr O_____, chef de clinique, ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'évolution du recourant est progressivement favorable avec amélioration de la thymie, diminution des plaintes somatiques et disparition des idées suicidaires. Le recourant a pu aborder sa difficulté à vivre le changement des rôles dans le couple avec le sentiment d'avoir perdu sa masculinité et son autorité de père. De plus, il a décrit être dans l'attente que son épouse le rassure et lui apporte un réconfort, alors qu'elle souffre d'un trouble dépressif. Un entretien de couple a mis en évidence les difficultés d'adaptation aux changements depuis l'accident.

27. Par pli du 14 septembre 2005, le Tribunal de céans a transmis cette pièce à l'OCAI. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux articles 56 al.1, 59 et 60 de la LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a rejeté la demande de reclassement dans une nouvelle profession et a considéré que les problèmes de santé du recourant n'ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité.

6. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA qui reprend l'art. 4 al.1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée. Elle résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est 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).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins.

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 1er LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnelle dont le reclassement professionnel et le service de placement (art. 8 al. 3 let. b LAI).

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI). L'assuré réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI est celui dont l'activité lucrative exercée jusque-là n'est plus raisonnablement exigible ou ne l'est plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154). Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux 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). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

7. En l'espèce, le rapport d'expertise psychiatrique, rendu le 6 août 2004, et le rapport d'expertise rhumatologique, rendu le 31 août 2004, sont le résultat d'un examen complet de la situation du recourant. Les experts les ont établi en pleine connaissance du dossier et en tenant compte des plaintes exprimées par le recourant. L'explication du contexte médical est claire et les conclusions sont motivées. Du point de vue psychiatrique, l'état clinique du recourant est à un tel point dans les limites de la norme que l'expert s'est interdit toute étiquette psychiatrique ; la capacité de travail est donc totale. Du point de vue rhumatologique, l'expert atteste de troubles somatoformes douloureux touchant la région lombaire et cervicale, et de troubles statiques rachidiens modérés. Cependant, la capacité de travail estimée est de 100% dans une activité adaptée et s'agissant de l'activité de nettoyeur, l'expert a estimé une diminution transitoire de rendement de 20%. Au vu de l'ensemble de ces éléments, les expertises remplissent clairement les conditions requises pour avoir une valeur probante au sens de la jurisprudence, et rien ne permet de s'écarter de la capacité de travail évaluée par l'expert rhumatologue.

   Certes le médecin traitant estime, s'appuyant sur les nombreux rapports médicaux versés au dossier, qu'aucune capacité de travail n'est raisonnablement exigible du recourant. Cependant, pour les raisons exposées ci-dessus, ces rapports ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts : soit ils ont été établis avant la date des expertises, soit ils ne donnent pas de matière pour aller contre ces expertises. En outre, il faut rappeler que les rapports du médecin-traitant doivent être pris en compte avec retenue, car selon l'expérience, en cas de doute, le médecin-traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Ainsi, ses rapports ne peuvent, sans autre, remettre en cause une expertise qui a rempli toutes les exigences relatives à la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a). S'agissant du résumé d'intervention du CTB-Pâquis, produit par courrier du 13 septembre 2005, qui fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, ces constatations sont sans pertinence en l'espèce et ne peuvent pas être prises en compte, car elles portent sur une période postérieure à celle de l'état de fait à savoir, la prise en soins du recourant, au CTB-Pâquis, du 9 juin au 11 juillet 2005. Par ailleurs, le mal du recourant est en rémission.

8. En conclusion, c'est à bon droit que l'OCAI a suivi l'avis des experts et a conclu à l'exclusion de toute rente ainsi que du droit au reclassement dans une nouvelle profession. Subsiste l'aide au placement, préconisée par l'expert psychiatre et admise, quant au principe, par l'OCAI. Cette mesure semble par ailleurs tout à fait

adéquate, vu le relatif jeune âge du recourant, et propre à lui permettre de retrouver un poste correspondant à ses possibilités.

Pour le surplus, 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. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 3 mai 2005.

4. Dit que le recourant a droit à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI.

5. Invite l'OCAI à mettre en œuvre cette mesure sans délai.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. 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
Sylvie CHAMOUX	Isabelle DUBOIS

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