

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3205/2008

ATAS/680/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 mai 2009

En la cause

Monsieur D _____, domicilié à Carouge

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1960, employé à la poste, a déposé en date du 5 avril 2006 une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
2. Interpellé par l'OCAI, le Dr L_____, son psychiatre traitant, a indiqué dans un rapport daté du 8 mai 2006 que son patient souffrait de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.02) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % depuis le mois de juillet 2005.

Le médecin a précisé que son patient n'avait pas d'antécédents psychiatriques, mais que depuis une année environ, il constatait un état d'épuisement avec des douleurs physiques se manifestant au niveau dorsal, suite auxquelles l'assuré avait été mis en arrêt de travail à 50% par son médecin-traitant.

Le Dr L_____ a indiqué que les consultations se succédaient au rythme d'une fois tous les quinze jours. Il a précisé que le patient était en principe résistant à la prise de médicaments et que son état psychique fluctuait d'une période à l'autre. Il présentait alors des symptômes anxio-dépressifs avec des troubles du sommeil, de la fatigue mentale et physique, une humeur déprimée et angoissée, un manque de concentration. Le patient était pessimiste et évitait les circonstances liées au stress. Il se plaignait par ailleurs d'être sous tension permanente au travail, ce qui empêchait l'amélioration de son état psychique. Il était suivi de manière régulière pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux (Zoloft, Xanax et Stilnox).

3. Quant au Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, il a posé les diagnostics suivants : troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis mars 2005, fibromyalgie depuis mars 2005, cervicalgies depuis mars 2005, lombalgies et trouble somatoforme douloureux. Il a conclu à une incapacité de travail de 100% du 21 mars au 10 juillet 2005, puis de 50 %. Il a décrit l'état de son patient comme stationnaire et préconisé un examen médical supplémentaire.

Le Dr M_____ a expliqué que son patient l'avait consulté en date du 21 mars 2005 dans un état de stress, à bout de nerfs, angoissé et se plaignant de cervicalgies invalidantes. Un traitement antidépresseur, anxiolytique et antalgique avait été rapidement instauré.

Le Dr M_____ a estimé que du point de vue somatique, son patient pourrait travailler à plein temps dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de porter des charges de plus de 10 kg, des flexions du tronc à répétition, ou un travail

à l'extérieur. Du point de vue psychique, il ne s'est pas prononcé, mais a indiqué qu'il serait utile de demander l'avis d'un psychiatre.

Le Dr M_____ a joint à son rapport un courrier du Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à qui il avait adressé son patient. Le rhumatologue avait relevé la présence de dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit. Il n'avait pas constaté de syndrome vertébral. L'examen neurologique avait été décrit comme normal, sous réserve du fait que le patient décrivait une diminution diffuse de la sensibilité aux membres supérieurs et inférieurs. Aucune limitation de la mobilité articulaire ou signes inflammatoires n'ont été constatés, ce qui a amené le médecin à conclure à des rachialgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux. Le Dr N_____ indiquait avoir expliqué au patient qu'il n'y avait pas d'indication à poursuivre l'arrêt du travail et avoir proposé une reprise dans les deux ou trois mois, après une physiothérapie en piscine et un réentraînement à l'effort.

Le Dr M_____ a également produit un rapport de radiologie dont il ressort que le patient souffre d'une discarthrose et d'une uncarthrose bilatérale C5-C6 avec diminution du calibre des trous de conjugaison pouvant être à l'origine du syndrome radiculaire bilatéral cervico-brachial, d'une ostéochondrose dans le cadre d'une ancienne maladie Scheuermann avec discarthrose débutante étagée plus importante à la hauteur L5-S1, où a été noté un antélisthésis de degré 2 sur 4 de L5 par rapport à S1 sur lyse isthmique bilatérale, une raideur de la colonne lombaire, une protrusion discale postéro-latérale droite L3-L4 et une protrusion discale circulaire L5-S1.

4. Le 11 juillet 2005, les médecins ont prescrit une reprise du travail à 50 % dans une activité mieux adaptée au problème de santé de l'assuré, c'est-à-dire n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10 kg, ou les activités nécessitant la position du corps penché en avant, ou un environnement froid, ou des horaires irréguliers. L'employeur a indiqué à l'OCAI, dans un courrier du 27 avril 2007, qu'il n'avait aucune occupation à plein temps à proposer à l'assuré qui corresponde à cette description.
5. L'assuré a été adressé pour expertise psychiatrique au Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a rendu son rapport en date du 4 juin 2007, sur la base du dossier et d'un entretien avec l'assuré.

Ce médecin a retenu à titre de diagnostics un trouble anxieux et dépressif mixte et une fibromyalgie, tous deux présents depuis 2005. Il a cependant conclu que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

L'expert a noté une diminution de l'énergie, mais a estimé qu'elle était due de manière prépondérante aux douleurs. En effet, à l'analyse du déroulement du quotidien, il a relevé la présence de nombreuses activités pendant la journée

(activité professionnelle le matin, préparation des repas, arrêt dans un tea-room, démarches administratives, rendez-vous, courses, nettoyage, lessive, marché, invitations). Il a conclu que même s'il existait une participation psychique à la diminution de l'énergie, elle était insuffisamment marquée pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert n'a pas relevé de diminution de la volonté puisque l'assuré arrivait à se rendre au travail malgré l'ambiance pénible qui y régnait et avait une journée structurée. L'expert a estimé par ailleurs que le fait que le patient regarde des programmes ciblés à la télévision, lise les journaux et des livres et effectue le travail administratif parlait contre la présence de troubles de la concentration marqués, ce qui avait été confirmé par un test (soustractions à rebours répétitives effectuées correctement). L'expert n'a pas non plus objectivé de troubles formels de la mémoire. Les oublis mentionnés par l'assuré ont été qualifiés de banals et cliniquement non significatifs. Quant à la diminution de la confiance en lui évoquée par le patient, l'expert a estimé que cet aspect n'était pas intense et n'interférait pas avec son type d'activité. L'anxiété présentée n'était pas psychologiquement déstructurante et répondait bien à la prise de Xanax. Quant aux autres éléments, tels que reproches, troubles du sommeil, tristesse ou sentiment de colère, l'expert a jugé qu'ils n'étaient pas limitatifs en eux-mêmes dans l'exercice d'une activité professionnelle.

L'expert a expliqué que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte suppose la présence d'une symptomatologie relativement légère. Le patient ayant expliqué qu'il effectuait ses tâches au travail sans fautes, ni retards ni oublis, l'expert s'est étonné que le Dr L_____ ait conclu à une limitation de la capacité de travail à 50%.

L'expert a par ailleurs expliqué ne pas retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en raison du fait que le patient, même s'il présentait des douleurs persistantes, ne décrivait pas de véritable sentiment de détresse.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'expert a indiqué qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique invalidante car le trouble anxieux et dépressif mixte était un facteur d'accompagnement et n'atteignait pas une importance et une gravité suffisantes pour être qualifié d'incapacitant. Par ailleurs, l'anamnèse avait mis en évidence l'absence de perte d'intégration sociale d'affections corporelles chroniques pouvant expliquer l'ampleur des plaintes (absence de trouble ostéo-articulaire significatif et objectif).

En définitive, le Dr O_____ a conclu à la présence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive d'une intensité insuffisamment prononcée pour être à l'origine d'une quelconque diminution de la capacité de travail.

6. Le 21 février 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Dans un courrier daté du 30 avril 2008, le Dr L_____ indique partager l'avis du Dr O_____ s'agissant des diagnostics et symptômes, mais non son appréciation de l'état anxieux et dépressif. Il souligne que l'état psychique de son patient fluctue et qu'il était peut-être dans une phase de discrète amélioration quand le Dr O_____ l'a examiné. Le Dr L_____, assurant que son patient présentait toujours une symptomatologie anxio-dépressive modérée avec de multiples plaintes somatiques, a émis l'avis que sa capacité de travail était toujours réduite à 50%.
8. Par décision du 21 juillet 2008, l'OCAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en se référant aux conclusions de l'expertise psychiatrique du 1er juin 2007 qui concluait à l'absence d'atteinte à caractère invalidant et à une pleine capacité de travail.
9. Par écriture du 10 septembre 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en produisant un document établi le 25 août 2008 par le Dr L_____ qui précise qu'il suit l'assuré depuis le 22 septembre 2005 et exprime sa « désapprobation » quant à la décision rendue par l'OCAI. Il explique que l'état psychique de son patient fluctue d'une période à l'autre et qu'en l'état, son état psychique s'est même aggravé.

Le Dr L_____ a posé les diagnostics d'état dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique et anxiété généralisée. Il a émis l'opinion que, d'un point de vue psychiatrique, son patient était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères, car il se trouvait dans un état de détresse, se dévalorisait et nourrissait une image négative de lui-même, se sentait inutile, rejeté et sans espoir. Le médecin a encore relevé les symptômes suivants : humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbations du sommeil, larmes, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, pessimisme, symptômes anxieux d'origine autonome, plaintes physiques multiples variables et sans explications physiques, nervosité, inquiétude vague et continue, asthénie, maux de tête et insomnies.

Le médecin a insisté sur le fait qu'à son avis, son patient était, d'un point de vue psychiatrique, incapable d'exercer à plus de 50% une activité adaptée. Il a encore suggéré qu'il soit procédé à une expertise par un médecin neutre.

10. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 6 octobre 2008, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir qu'aucun élément du dossier ne permet de penser que la

légère différence d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant repose sur une hypothétique fluctuation de l'état de santé du recourant.

11. Interrogé par le Tribunal de céans, l'employeur de l'assuré a expliqué qu'auparavant, ce dernier était occupé à des travaux de manutention impliquant de devoir se baisser et se lever régulièrement et de devoir porter des charges élevées. La reprise du travail à 50% en juillet 2005 s'est faite avec le même type de travail mais un horaire réduit et dans un contexte moins stressant. L'activité se faisait debout, sans possibilité d'alterner les positions. En juin 2006, l'assuré a été chargé de vider les casiers de tri du courrier grand format, ce qui impliquait moins de port de charges lourdes mais plus de mouvements répétitifs. En mai 2007, l'employeur a licencié partiellement l'assuré, pour lequel il n'avait plus de poste adapté. En septembre 2008, il a mis complètement fin aux rapports de travail suite à la fermeture du centre courrier de Genève.
12. Après communication de ce courrier aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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).

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.

2. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

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).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ci-après TF, cf. ATF 132 V 65), il se justifie, 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 TF 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).

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'espèce, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir conclu à l'absence d'atteinte invalidante et à une capacité de travail conservée, sur la base du rapport du Dr O_____.

Force est cependant de constater que le rapport d'examen du Dr O_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur a été confirmée par le psychiatre traitant du recourant, qui a admis partager les conclusions du Dr O_____ s'agissant des diagnostics et des symptômes.

En d'autres termes, le Dr L_____ ne s'écarte de l'opinion du Dr O_____ qu'en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. Or, l'examen auquel s'est livré le Dr O_____ a été effectué conformément aux critères énoncés par la jurisprudence en cas de fibromyalgie. Même si l'hypothèse du Dr L_____ devait se vérifier, à savoir que le patient était effectivement en phase d'amélioration - dont le psychiatre traitant reconnaît d'ailleurs qu'elle ne pouvait être que discrète - lorsqu'il a été examiné par l'expert, cela ne suffit pas à conclure que les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie auraient été remplies autrement. En effet, les diagnostics posés par le psychiatre traitant n'ont jamais été d'une gravité plus sévère. Or, un trouble anxieux et dépressif mixte ne saurait constituer une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence rappelée supra.

Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr O_____.

En revanche, il sied de relever qu'outre la fibromyalgie, le recourant souffre également d'une discarthrose et d'une uncarthrose avec diminution du calibre des trous de conjugaison dont il a été précisé qu'elles pouvaient être à l'origine du syndrome radiculaire bilatéral cervico-brachial, d'une ostéochondrose dans le cadre

d'une ancienne maladie Scheuermann avec discarthrose débutante étagée plus importante à la hauteur L5-S1, d'une raideur de la colonne lombaire, une protrusion discale postéro-latérale droite L3-L4 et d'une protrusion discale circulaire L5-S1. Ces troubles ont pu être objectivés et entraînent un certain nombre de limitations, notamment le fait de devoir éviter de se lever et de se baisser fréquemment et le port de lourdes charges, dont il est apparu qu'elles ont empêché le recourant de continuer à assumer son poste.

Dans ces conditions, il eût fallu considérer que l'activité précédemment exercée n'était plus exigible de l'assuré, dont il faut considérer par ailleurs qu'il a conservé une capacité de travail entière, mais dans un poste adapté à ces limitations et procéder à un calcul du degré d'invalidité en conséquence.

7. a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

b) En l'espèce, l'employeur de l'assuré a indiqué qu'en 2004, soit avant l'atteinte à la santé, le revenu de l'assuré s'était élevé à 78'550 fr., ce qui, après adaptation, conduit à retenir un revenu avant invalidité de 80'237 fr. en 2006 (La Vie économique 12/2008, tableau B10.3, p. 95).

Quant au revenu avec invalidité, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges, ni mouvements répétitifs et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte de problèmes dorsaux. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'732 fr. par mois (valeur médiane). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2006, de 59'197 fr. 30.

La comparaison des revenus conduit à un degré d'invalidité de 26.22% insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité mais en revanche suffisant pour ouvrir droit à des mesures de réadaptation. En effet, 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).

En l'espèce, force est de constater que 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%).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est donc partiellement admis en ce sens que le droit à un reclassement est reconnu à l'assuré.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

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