

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/808/2009

ATAS/600/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 16 juin 2009**

En la cause

Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié à AIRE-LA-VILLE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,  
rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Né en 1956, Monsieur T\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), employé de banque, a formé une demande de prestations, sous forme d'une rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 4 octobre 2002.
2. Selon un rapport médical établi le 10 mai 2004 par le docteur A\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré, celui-ci présentait un cas de fibromyalgie depuis 1997 et un syndrome des apnées/hypo-apnées du sommeil depuis 2002, ces diagnostics ayant tous deux des répercussions sur sa capacité de travail. Étaient en outre diagnostiquées une pollinose et une hypercholestérolémie. L'assuré, dont l'état de santé s'aggravait, s'était trouvé dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle du 1<sup>er</sup> janvier au 4 mars 2001 à 50%, du 27 août au 7 octobre 2001 à 100%, du 8 octobre 2001 au 29 septembre 2002 à 50%, du 30 septembre au 6 octobre 2002 à 100%, du 7 octobre 2002 au 31 janvier 2003 à 50% et en incapacité totale de travailler depuis le 1<sup>er</sup> février 2003. Des mesures d'ordre professionnel étaient indiquées, sous la forme d'une adaptation éventuelle des conditions de travail (travail à domicile), si l'évolution ultérieure de son état de santé devait permettre une reprise au moins partielle de l'activité interrompue.
3. Selon un rapport médical établi le 13 septembre 2004 par le docteur B\_\_\_\_\_, consulté depuis le 9 mars 2003 pour le syndrome des apnées du sommeil (SAOS), lequel avait été objectivé par une polysomnographie en 2002, l'assuré présentait des troubles du sommeil, lequel était décrit comme « non réparateur », et une fatigue diurne associée à des douleurs diffuses. Le pronostic était cependant qualifié de favorable.
4. Dans un rapport médical établi le 20 juin 2005, le docteur C\_\_\_\_\_ a attesté avoir traité l'assuré par luminothérapie du 4 mars au 4 avril 2003. Depuis décembre 2002, celui-ci présentait notamment un tableau dépressif léger lié aux douleurs chroniques, et des insomnies initiale et intermédiaire liées plus particulièrement à la fibromyalgie et au SAOS. Les séances prescrites avaient apporté une nette amélioration au niveau de l'insomnie et quelque peu de l'irritabilité.
5. Par lettre du 17 juillet 2005 faisant suite à une demande d'informations de l'OCAI, l'assuré a déclaré qu'il n'était pas suivi par un psychiatre et qu'il n'avait pas l'intention de le faire prochainement, qu'il n'avait pas encore été opéré par le docteur B\_\_\_\_\_, un traitement orthodontique destiné à préparer sa mâchoire étant en cours, et qu'il n'était pas en traitement pour les apnées du sommeil dès lors qu'il ne supportait malheureusement pas l'appareillage (PPC) mis à sa disposition.
6. Selon un rapport médical, sollicité en vain depuis le 8 mai 2006 et établi le 3 février 2007, le docteur D\_\_\_\_\_ a attesté ce qui suit. L'assuré avait mal toléré une première tentative de traitement du SAOS. Après avoir discuté, avec le docteur

B\_\_\_\_\_, la possibilité d'un traitement chirurgical relativement lourd, il avait décidé, moyennant modification de l'équipement, d'entreprendre un traitement du même type que celui qui avait échoué. Il avait repris l'exercice de son activité professionnelle à mi-temps dès le 13 décembre 2004, en partie à son domicile. Depuis lors, il s'était trouvé en incapacité de travail pendant une dizaine de jours, mais pour d'autres raisons. Son état de santé était stationnaire, et l'équilibre entre l'activité professionnelle et les mesures thérapeutiques en cours (antalgiques, physiothérapie, Surmontil et PPC) semblait adéquat. Une augmentation de la capacité de travail ne semblait en revanche pas envisageable en l'état.

7. Le 30 mars 2007, l'OCAI a mandaté le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et titulaire d'une attestation en médecine psychosociale et psychosomatique (AMPP), aux fins de réaliser une expertise pluridisciplinaire.
8. À teneur du rapport d'expertise établi le 14 mai 2007 par ce praticien, l'assuré présentait un syndrome fibromyalgique floride évoluant depuis 1997, s'associant à une maladie de Scheuermann du rachis lombaire, et s'accompagnant d'un syndrome des apnées du sommeil existant depuis 2002, désormais compensé grâce à un appareillage à pression positive, et d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

Il se plaignait essentiellement de douleurs de la ceinture scapulaire, des coudes, des hanches, des genoux, ainsi que de douleurs diffuses du dos assez intenses, réduites de moitié par la prise d'anti-inflammatoires.

L'examen neurologique s'avérait dans les limites de la norme, tant au niveau des nerfs crâniens, des membres supérieurs que des membres inférieurs. Le status rhumatologique était caractérisé par l'entier des points de Smythe positifs, avec un *jump test* permettant d'attester chez lui la présence d'un syndrome fibromyalgique floride (M79.0 dans la CIM-10). Par ailleurs, ses articulations périphériques étaient parfaitement mobiles, sans limitations fonctionnelles et dénuées de signes inflammatoires ou de déformation arthrosiques.

L'examen du rachis de l'expertisé révélait la présence d'un syndrome vertébral lombaire douloureux en décubitus ventral, avec une douleur lombaire à la palpation, étagée dans les gouttières para-vertébrales. Les radiographies révélèrent la présence d'une discrète inflexion scoliotique à convexité droite, sans pincement inter-somatique, et de nodules de Schmorl pluri-étagés, sans arthrose inter-apophysaire postérieure.

Pour le surplus, le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive diagnostiqué ne constituait pas une comorbidité psychiatrique grave, et l'assuré ne subissait nullement une perte d'intégration dans toutes les manifestations de sa vie, et rien n'indiquait la présence d'un état psychique cristallisé ou d'une fuite dans la maladie.

En conclusion, moyennant la prise régulière et constante d'oxytriptan (Triptoh) et un entraînement intensif pour patients fibromyalgiques, l'assuré devait être capable de reprendre son activité professionnelle à plein temps, ce qui, compte tenu de son état de santé général, paraissait exigible.

9. Au vu des résultats de l'expertise réalisée par le docteur E\_\_\_\_\_, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a, par avis médical du 25 juin 2007, conclu à une pleine capacité de travail de l'assuré dès le mois de mai 2007 du fait du succès rencontré dans l'adaptation du traitement.
10. Selon un rapport médical établi le 3 décembre 2008 par le docteur D\_\_\_\_\_, l'expertise médicale confiée au docteur E\_\_\_\_\_ paraissait techniquement correcte. Elle confirmait les diagnostics médicaux et les limitations qui en résultaient pour l'exercice de l'activité professionnelle de l'assuré, mais en considérant celles-ci comme compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle à temps plein dans le métier d'employé de bureau.

Ces tentatives de réinsertion professionnelle à 100% avaient déjà été effectuées par le passé et s'étaient soldées par des échecs, caractérisés par la péjoration des états douloureux, de telle sorte que l'assuré avait dû être mis en arrêt de travail total, avant de pouvoir reprendre une activité à 50%, dans des conditions qui avaient pu être techniquement adaptées, à savoir par l'exercice d'une part de l'activité au domicile, ce qui permettait des changements fréquents de position et une discontinuité de cette activité.

L'amélioration espérée de l'état douloureux, du fait du traitement par PPC du SAOS n'avait malheureusement pas pu être réalisée, même si cet appareillage avait permis une amélioration des apnées obstructives du sommeil. L'assuré présentait en outre une excellente « compliance » aux mesures thérapeutiques qui lui étaient proposées ; il collaborait activement à sa propre prise en charge, y compris dans les activités physiques qui lui étaient recommandées, et il manifestait un désir authentique de voir son état de santé s'améliorer. Il n'y avait pas d'élément de sinistrose ou d'accentuation subjective inappropriée de l'état douloureux.

D'autre part, le trouble de l'adaptation de l'assuré ne présentait pas une comorbidité psychique majeure, comme l'avaient retenu les docteurs E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. En revanche, la limitation effective de l'aptitude à exercer sa profession avec le rendement attendu dans une activité d'employé de banque pouvait être formellement établie, dès lors qu'elle avait été constatée à deux reprises au moins, et l'on ne pouvait raisonnablement s'attendre à ce qu'une nouvelle tentative débouche sur autre chose qu'un constat d'échec.

11. Par décision du 24 février 2009, l'OCAI a reconnu le droit de l'assuré au versement d'une demi-rente d'invalidité à compter du 8 octobre 2002, d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005, limitée au 31 juillet 2007.

12. Par lettre déposée à l'office postal le 7 mars 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Implicitement, il conclut à son annulation et à ce que soit reconnu son droit au versement, illimité dans le temps, d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005.

À l'appui de ces conclusions, le recourant fait valoir qu'il n'avait pas été informé de la décision de limiter la rente au 31 juillet 2007 avant novembre 2008, alors qu'il était toujours en arrêt de travail. D'autre part, la fibromyalgie est une maladie inguérissable, reconnue à part entière par l'OMS depuis janvier 2006, et par le Tribunal fédéral des assurances depuis un arrêt du 27 février 2006. Enfin, la décision querellée revenait à remettre en cause le docteur D\_\_\_\_\_, son médecin-traitant depuis vingt ans.

13. Selon un avis médical établi par le docteur F\_\_\_\_\_, du SMR, le 20 janvier 2009, le rapport du docteur D\_\_\_\_\_ le 3 décembre 2008 confirmait que l'expertise du docteur E\_\_\_\_\_ était correcte ; le praticien confirmait que le trouble de l'adaptation n'était pas une comorbidité majeure, mais estimait que l'on ne pouvait s'attendre au succès d'une reprise de l'activité professionnelle à plein temps.

Ce rapport confirmait notamment que la situation était restée la même depuis 2007. Le médecin-traitant avait fait une appréciation plus favorable au recourant, mais elle ne remettait pas en cause les conclusions de l'expert qui estimait possible une reprise du travail à plein temps dès 2007.

14. Par lettre adressée au Tribunal de céans le 14 avril 2009, l'OCAI a déclaré conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

À l'appui de ses conclusions, l'intimé fait en substance valoir que, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait, relevant de l'expérience, que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranche, dans le doute, en faveur de son patient. Sur le fond, la jurisprudence considère qu'il existe une présomption que les conséquences de la fibromyalgie, qui présente des caractéristiques communes avec les troubles somatoformes douloureux persistants, peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible. Dans le cas du recourant, les circonstances exceptionnelles qui permettent de faire admettre qu'il ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour vaincre ses douleurs font défaut, de sorte que les conséquences juridiques de ladite présomption doivent ici s'appliquer.

15. Par lettre du 24 mai 2009, le recourant a informé le Tribunal de sa volonté d'être entendu en présence du docteur D\_\_\_\_\_, son médecin-traitant.

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 23 avril 2009.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 9 mars 2009 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2005. Préalablement, il y a lieu d'examiner l'opportunité d'un complément d'instruction.
5. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder

ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

En l'espèce, il est apparu d'emblée que le présent litige porte moins sur les faits que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences. Soumis au principe de célérité et considérant notamment que l'audition du docteur D\_\_\_\_\_, dont l'avis fait l'objet de trois rapports médicaux versés à la procédure, serait impropre à compléter les éléments mis à sa disposition par les parties, le Tribunal de céans a renoncé aux mesures probatoires requises, et gardé la cause à juger en l'état.

Pour le surplus, le recourant a eu l'occasion de faire valoir son argumentation par écrit avant la reddition du présent arrêt, de sorte son droit d'être entendu a été pleinement respecté.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF non publiés au Recueil officiel des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06), lequel dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

À cet égard, l'art. 88a al. 1<sup>er</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise notamment que si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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<sup>er</sup> LPGA et 4 al. 1<sup>er</sup> 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

Relevons d'ores et déjà que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 123 V 230 consid. 3c et les références citées), codifié depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 aux art. 7 et suivants LAI.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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 49).

Le Tribunal fédéral 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), 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 ATF 130 V 352 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, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du

conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

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, pp. 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

Enfin, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à une fibromyalgie, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine*).

8. En l'espèce, les avis médicaux versés à la procédure parviennent, s'agissant des constats relatifs à l'état de santé du recourant, substantiellement aux mêmes conclusions. Il apparaît en effet que seule l'appréciation « juridique », proposée par l'expert, des conséquences de ces constats diffèrent de celle du médecin-traitant. Dans ces conditions, il s'avère superflu d'examiner la valeur probante respective des rapports établis par les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. À cet égard en

effet, on déplorera le fait qu'en se prononçant sur les conséquences juridiques des résultats de leurs examens, ces praticiens aient outrepassé les limites de leur mandat, étant entendu que celui-ci consiste à fournir à l'administration et, cas échéant, au juge des considérations d'ordre strictement médical. Il n'en demeure pas moins qu'en faisant abstraction desdites considérations juridiques, les rapports établis par les médecins précités fournissent un tableau clinique univoque et cohérent de l'état de santé du recourant.

À cet égard, force est de constater que les conditions posées par la jurisprudence pour faire admettre le caractère exceptionnellement invalidant de la fibromyalgie diagnostiquée font défaut dans le cas d'espèce. Il apparaît en effet que les avis médicaux exprimés s'accordent à considérer qu'hormis la présence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, les indices propres à retenir une incapacité de travail, même partielle, n'ont pas été recueillis. En particulier, il a été établi que la symptomatologie de l'intéressé a évolué, notamment par l'adaptation technique des traitements prescrits. D'autre part, rien n'indique que le recourant ait subi une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie, ou l'échec de tous les traitements ambulatoires entrepris conformément aux règles de l'art et cela, malgré l'attitude coopérative dont il a fait preuve. Expertise et rapports médicaux s'accordent en outre à considérer que le recourant ne présente nullement une comorbidité psychiatrique grave et durable, s'agissant notamment des troubles de l'adaptation diagnostiqués, un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, ou un état dépressif susceptible de retentir de manière significative sur l'exercice de son activité professionnelle.

Il sied en outre de relever que les rapports établis par les docteurs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ s'accordent, sur le plan strictement médical, à admettre que les troubles du sommeil présentés par le recourant du fait du syndrome dont il était affligé étaient efficacement traités par l'adaptation de l'appareillage mis à sa disposition au début de 2007. Il découle de là qu'il se justifie de considérer que son état de santé s'est substantiellement amélioré à cette époque-là.

Enfin, si l'on peut déplorer, avec le recourant, que l'OCAI ne l'ait informé qu'au mois de novembre 2008 de la limite fixée le 31 juillet 2007 au versement de sa rente d'invalidité, il s'impose d'admettre que, dans le respect du délai fixé par l'art. 88a RAI précité et compte tenu du caractère stationnaire de son état de santé depuis lors, c'est à bon droit que l'intimé a rendu la décision du 24 février 2009.

En conséquence, le recours du 9 mars suivant doit être rejeté.

9. Pour le surplus, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant en application de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, qui prévoit que, en dérogation à l'art. 61 let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice, le montant des frais étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 fr.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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