REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/883/2006 **ATAS/629/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 3 juillet 2006

En la cause

Monsieur B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yann MEYER	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente; Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1967, de nationalité albanaise, marié et père de trois enfants, est arrivé à Genève en provenance du Kosovo à l'âge de 18 ans. Il n'a aucune formation professionnelle.

2. Dès son arrivée et pendant deux ans, il a travaillé en qualité d'ouvrier en ventilation-climatisation à Genève. Il a ensuite travaillé à Orbe pendant trois ans en qualité de ferrailleur en bâtiment, responsable d'une petite équipe. De septembre 1993 à septembre 1995, il a exercé la profession de chauffeur-livreur auprès d'Edipresse Publications. Il a été inscrit à l'Office cantonal de l'emploi en 1993 puis dès le 1er novembre 1995. Dès cette date, il n'a plus occupé de poste fixe, mais il a bénéficié d'une occupation temporaire d'un an comme huissier au Grand-Théâtre de Genève, puis de six mois au sein du groupe d'accueil et de service à la clientèle des Transports publics genevois. Il ne travaille plus depuis le mois de mai 2000 et son délai-cadre du chômage a pris fin en novembre 2000.

3. En date du 12 décembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

   Il se plaint de douleurs au dos, de maux de tête et d'estomac, de vertiges, de fourmis dans les bras et le bas ventre. Il dit ne pas pouvoir rester assis plus d'un quart d'heure et debout plus d'une demi-heure.

4. Le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré depuis juin 1992, a attesté une incapacité de travail totale chez l'assuré depuis le 22 janvier 2001.

   Il a diagnostiqué chez son patient, selon rapport médical du 30 mars 2001, une rhinite chronique à composante allergique (poussière, moisissure, chien et chat) depuis 1992, des lombalgies sur ancienne maladie de Scheuermann depuis 1993 et un status après cure de hernie inguinale droite depuis 1992, avec séquelles sous forme de douleurs au pli inguinal droit au moindre frottement et irradiation dans la cuisse droite. Son patient peine à marcher plus de 400 à 500 mètres. Il a prescrit une physiothérapie pour les douleurs lombaires et un traitement antiallergique avec cure de désensibilisation. Son pronostic était bon si une réadaptation professionnelle était possible. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer un travail sans port de charges lourdes ni poussière huit heures par jour, sans diminution de rendement.

   Dans ses certificats antérieurs des 8 janvier 1999 et 7 décembre 2000, il n'avait pas attesté d'incapacité de travail pour son patient, mais une impossibilité de faire un travail trop lourd ou dans un environnement poussiéreux.

5. Le 24 août 2001, le Dr B_____, radiologue, a procédé à un scanner lombaire sur l'assuré, jugé normal. Il ne note pas d'hernie discale L3-L4, L4-L5 et L5-S1, mais uniquement un calibre canalaire lombaire à la limite inférieure de la norme au niveau L3-L4, pouvant éventuellement expliquer une cruralgie droite irritative, sans toutefois d'œdème radiculaire.

6. Interpellé par l'OCAI, le Dr C_____, neurochirugien, a estimé, selon lettre du 19 septembre 2001, que l'assuré pouvait exercer une activité sédentaire à 100%. Un travail d'accueil coursier n'était à son avis cependant pas possible. Il a joint à ce courrier les résultats de l'examen clinique qu'il avait pratiqué le 11 septembre 2001, lesquels font ressortir que ce dernier est quasi inexaminable, avec peut-être un syndrome vertébral, sans signe de compression radiculaire, aucun déficit moteur, un déficit sensitif global au niveau du bas ventre des deux côtés, les réflexes restant vifs et symétriques. Ce médecin évoque la possibilité d'une sinistrose.

   A ce courrier sont annexés différents documents en lien avec l'opération de l'hernie inguinale en 1992, à savoir :

   - la lette du 12 octobre 1992 adressée par la clinique de chirurgie digestive au médecin traitant qui expose que les suites post-opératoires se sont déroulées sans particularité et que le patient a pu quitter le service trois jours après l'opération en bon état général avec une cicatrice calme;

   - les résultats de l'examen artériel pratiqué le 24 novembre 1992 par les Dr D_____et E_____de l'unité d'antiologie des "établissement hospitalier", lesquels ont relevé que l'assuré se plaignait de douleurs au moindre frottement du pli inguinal, rendant le port du slip impossible. Les douleurs à la marche s'étendaient dans la cuisse droite sous forme de crampe après 500 m. Etait également signalée une impuissance depuis l'intervention chirurgicale. Le bilan angiologique pratiqué s'est avéré normal et a exclu une insuffisance artérielle aux symptômes décrits par le patient. Ceux-ci étaient évocateurs de douleurs d'origine neurologique, sur lésion péri-opératoire du nerf génito-crural. L'impuissance était probablement à mettre en lien avec la douleur et non un problème vasculaire. Un essai thérapeutique de Tégrétol a été proposé, avec éventuellement une électrostimulation de la région crurale. Une révision chirurgicale n'était pas indiquée;

   - le rapport du 24 mars 1994 du Dr F_____, médecin assistant de la clinique de chirurgie digestive des "établissement hospitalier", qui a examiné le patient pour un problème de récidive herniaire. Selon les observations de ce praticien, la gêne inguinable n'apparaît que lors d'efforts très importants, mais jamais lors de la marche ou de toute autre activité physique. L'examen n'a pas permis de mettre en évidence une récidive herniaire du côté droit, même si une douleur est réveillée au niveau de l'orifice superficiel lors de la toux, et il n'existe

pas d'hernie associée du côté gauche. Le reste de l'examen clinique est sans problème. Ce médecin a conseillé à l'assuré d'attendre pour une éventuelle révision inguinale et d'opter pour une orientation de travail évitant des efforts importants.

7. Figure également comme pièce jointe une attestation du 8 août 2001 en albanais du Dr G_____, orthopédiste et traumatologue, retenant une discopathie lombaire.

8. Le Dr H_____, médecin-conseil de l'OCAI, précise, dans une note du 28 septembre 2001, que malgré cette discopathie lombaire, l'asssuré a travaillé normalement et qu'elle n'a pas pu se modifier depuis car l'assuré ne travaille plus depuis en certain temps.

9. Aux termes du rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 13 novembre 2001, l'Office a décidé de soumettre l'assuré à un stage COPAI au Centre d'intégration professionnelle (CIP), même si l'intéressé s'est montré très réticent, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail et de définir un type d'activité adapté à son état. Hormis les affections déjà mises en évidence par le médecin traitant, l'OCAI mentionne une possible sinistrose. L'assuré dit être seul, sans amis, se sentant mal, car il s'énerve souvent contre sa femme et ses enfants. S'agissant de ses limitations physiques, l'OCAI relève que pendant l'entretien, l'assuré a pu rester assis quarante-cinq minutes, se lever et marcher sans problème.

10. Le stage était fixé du 4 au 31 mars 2002. Toutefois, l'assuré, qui s'est présenté le 4 mars au CIP, a quitté les lieux en fin de matinée car il ne se sentait pas bien. Il a présenté un certificat médical de son médecin traitant attestant d'une incapacité de travail totale dès cette date.

    L'OCAI a décidé d'annuler le stage et a mis un terme à la mesure.

11. Le 2 mai 2002, sur demande du médecin traitant, le Dr Laurent K_____, gastro-entérologue, a pratiqué une oesogastroduodénoscopie sur l'assuré et a diagnostiqué un ulcus bulbaire et un bulbe déformé, ainsi qu'une gastrite à hélicobacter pylori, pour laquelle il a prescrit un traitement d'éradication pendant une semaine. Il n'est mis en évidence aucune lésion de l'œsophage, altération de l'état général, perte pondérale, vomissements, mélena ou autres symptômes de caractère inquiétant. Ce médecin note dans l'anamnèse un état dépressivo-anxieux réactionnel.

12. Le 8 mai 2002, le médecin traitant de l'assuré a constaté, dans son rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OCAI, une aggravation de l'état de santé de son patient et un changement de diagnostic, en ce que seul l'ulcère duodénal a une influence sur la capacité de travail de son patient, dans une mesure de 100% dès le 4 mars 2002. Il a considéré que son patient était en incapacité de travail totale, tant dans le poste occupé auparavant que dans une autre activité adaptée, mais il a

envisagé une possible reprise du travail de son patient dans les trois ou quatre mois. Il n'a pas estimé qu'une prise en charge psychiatrique était nécessaire pour son patient. Il a toutefois considéré qu'un examen médical complémentaire était lui nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

13. Le 15 juin 2002, le médecin traitant, dans son dernier rapport intermédiaire à l'OCAI, a constaté une amélioration de l'état de santé de son patient sous traitement de supramox, klacid et antra, pour les problèmes gastriques. Il a préconisé la poursuite du traitement à l'antra, avec un bon pronostic, et envisagé une reprise du travail de son patient à 100% dans les deux à trois mois.

    Aucun certificat médical n'est produit après cette date.

14. La division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé, en date du 23 mai 2002, de poursuivre l'instruction du dossier et dans l'intervalle, a décidé de clôturer son mandat de réadaptation, compte tenu de l'interruption du stage COPAI et de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle retient, sous diagnostic, une possible sinistrose et relève que le médecin traitant, lors d'un entretien téléphonique, lui a confirmé une aggravation de l'état de santé de son patient en raison de la découverte d'un ulcère duodénal et une gastrite à hélicobacter pylori.

15. Le Dr H_____ a considéré qu'une gastrite et un ulcère duodénal ne représentaient pas un cas d'arrêt de travail. Au-delà de quelques semaines de traitement, l'état de santé est en effet compatible avec un emploi. Compte tenu de l'annonce d'une aggravation par l'assuré et le médecin traitant liée à ces problèmes, il lui a semblé indispensables d'examiner les discordances constatées notamment en lien avec la durée possible de la position assise. Il a conseillé un examen global au Service médical régional AI de Vevey (ci-après le SMR Vevey).

16. Sur proposition de la division précitée, le Dr I_____, du SMR Vevey, a considéré, le 24 février 2003, que les limitations fonctionnelles somatiques de l'assuré semblaient claires, compte tenu de l'avis du médecin traitant sur une capacité de travail de son patient de 100 % dans une activité sédentaire, ainsi que de l'IRM montrant des bombements discaux avec un canal lombaire encore normal. Dans cette mesure, les activités exercées par l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage devaient pouvoir être exercées à plein temps. S'agissant du diagnostic de sinistrose, il lui a paru indispensable de requérir une expertise psychiatrique confiée au Dr J_____.

17. Cet expert, du Centre médical de psychothérapie cognitive, a établi, à la demande de l'OCAI, un rapport d'expertise psychiatrique en date du 21 novembre 2003. Le patient mentionne des cruralgies à droite avec irradiation dans le pénis et les testicules, des lombalgies et cervicalgies, des céphalées atypiques et des picotements au niveau nasal, de même que des plaintes digestives dont des

épigastralgies chroniques. Ces douleurs affecteraient son moral. Il se plaint d'importants troubles du sommeil en lien avec les lombalgies, ce qui l'amène à rester au lit jusqu'à 13h. Il serait également plus irritable, ce qui l'oblige à sortir de chez lui, parfois toute la journée, pour "passer ses nerfs". Selon l'expert, les plaintes algiques sont mal systématisables et sont très atypiques, n'ont visiblement aucune signification tant dans leur distribution que dans leur caractère instrinsèque d'ordre anatomo-physiologique. Elles semblent plus apparentes que réelles, variant au cours du temps, disparaissant par instant ou réapparaissant à d'autres endroits, si l'on surprend l'attention du patient ou si l'on agit sur sa suggestibilité. Le discours paraît à l'expert souvent très inauthentique et le flou dans les propos semble répondre à un but utilitaire. Bien que le patient se décrive comme un grand "invalide", il ne paraît pas algique, pouvant rester assis pendant tout l'entretien, à l'exception d'une sortie aux toilettes liée à la mention d'une douleur, se déplacer, écrire de la main droite, enlever sa veste, son pull, se rhabiller sans aucune difficulté apparente. Enfin, les plaintes psychiques ne remplissent pas les critères pour un état dépressif majeur ou un trouble anxieux spécifique : pas d'éléments clairs pour des épisodes de panique, une anxiété généralisée, des phobies simples, claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de sang, de troubles obsessionnels compulsifs, ni arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique. Pendant l'entretien, le recourant n'exprime ni abattement ni appréhension et ne pleure à aucun moment. L'expert met en évidence une absence d'antécédents de maltraitance, de troubles psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence, ou d'un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. Les rapports médicaux ne laissent apparaître aucun trouble psychologique significatif et le patient n'a jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur léger. En ce qui concerne un trouble somatoforme douloureux, l'expert relève que les plaintes somatopsychiques ne se greffent pas sur une histoire particulièrement douloureuse ou une morbidité psychiatrique majeure. Il ne semble pas y avoir de désinsertion de l'environnement familial ou social. L'assuré a ainsi de bons et fréquents contacts avec un jeune cousin, qui l'aiderait à effectuer des démarches administratives. L'ensemble paraît plus compatible avec une sinistrose, voire une simulation consciente. L'expert ne préconise aucune mesure médicale, éventuellement un antidépresseur léger pour une amélioration de la qualité de vie du recourant. Il conseille d'éviter la multiplication des investigations ou des gestes chirurgicaux, sous peine de pérenniser le rôle de malade, créant un risque de iatrogénisation majeur. S'agissant de l'activité exercée jusqu'alors, l'expert constate qu'elle est exigible d'un point de vue psychiatrique, avec une limitation de moins de 20%, une capacité résiduelle de travail de plus de 80 % dans toute activité adaptée. La diminution de rendement représente un maximum de 20%, depuis décembre 2000. L'état du recourant est jugé objectivement stationnaire. Avec de la motivation, le recourant pourrait s'adapter à son univers professionnel, selon l'expert, qui ne prône aucune mesures de réadaptation professionnelles vu l'absence de demande motivée de l'intéressé en ce sens ni aucun traitement psychiatrique. Selon lui, toute autre activité est possible si

elle est compatible avec la volonté du recourant, sa motivation et ses compétences, sans diminution de rendement et en étant exercée à plus de 80%.

18. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a considéré que l'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible de l'assuré et a estimé qu'une activité adaptée, par exemple en qualité d'ouvrier dans la production industrielle légère, pouvait être exercée par lui. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité a été fixé à 13 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité. L'OCAI a ainsi rejeté la demande de l'assuré.

19. Par acte du 22 septembre 2004, l'assuré, par le biais de son conseil, a fait opposition à cette décision, demandant qu'une expertise soit ordonnée en lien avec ses problèmes somatiques.

20. Par décision sur opposition du 7 février 2006, notifiée le lendemain, l'OCAI a confirmé sa précédente décision, relevant que l'expertise du 21 novembre 2003 répondait en tous points aux critères de valeur probante posés par la jurisprudence, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mette en doute les conclusions retenues.

21. Par acte du 10 mars 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal). Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée, à la réouverture de l'instruction et la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un centre (COMAI) ou au Centre de la douleur ou à tout autre médecin fondé à se prononcer sur l'ensemble de ses problèmes somatiques, puis à l'octroi d'une rente AI. Il allègue que ses troubles "connus" sont bien réels, sans mentionner une aggravation de son état. Il conteste la valeur probante de l'expertise du 21 novembre 2003, relève que l'interruption du stage COPAI était dû à un problème de santé attesté par certificat médical, de sorte que cet événement ne peut être retenu en sa défaveur.

22. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OCAI n'a pas fait de remarques particulières en date du 26 avril 2006, relevant qu'il avait déjà répondu aux griefs soulevés par le recourant.

23. 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 connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'occurrence, le recourant est en arrêt de travail depuis le 22 janvier 2001. Son droit éventuel à la rente pourrait donc naître au plus tôt le 22 janvier 2002. En conséquence, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (LAI) et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En application des art. 56 et 60 al. 1 LPGA, la forme et le délai pour déposer recours sont respectés en l'espèce, de sorte que le présent recours est recevable.

5. Le litige porte sur l'octroi d'une rente complète, mais, préalablement, sur la nécessité d'ouvrir à nouveau l'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les problèmes somatiques du recourant.

   Celui-ci relève que l'expertise psychiatrique du Dr. J_____ est insuffisante pour déterminer exactement sa capacité de travail résiduelle. Les rapports du médecin traitant, du médecin de l'AI et du neurochirurgien n'apporteraient en outre

pas les éclaircissements suffisants sur les problèmes posés. Il précise enfin que l'annulation du stage COPAI ne peut lui être imputable.

6. Selon l'art. 4 LAI (dans sa teneur au 31 décembre 2002), l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré.

   Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale. Il importe d'évaluer les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), il 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'il est invalide à 70 % au moins.

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il 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 cité consid. 3b/bb et cc).

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 cité consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. Sur le plan physique, le recourant souffre d'une rhinite chronique à composante allergique depuis 1992, des lombalgies sur ancienne maladie de Scheuermann depuis 1993 et un status après cure de hernie inguinale droite depuis 1992, avec séquelles sous forme de douleurs au pli inguinal droit. Une aggravation, temporaire, de son état de santé a été constatée en mai 2002, liée à la découverte de problèmes gastriques.

   Bien que les attestations du médecin traitant soient très sommaires, elles concordent avec les rapports complémentaires émanant de spécialistes. Il y a convergence sur la pleine capacité de travail du recourant dans un emploi adapté tant chez le médecin traitant, selon rapport du 30 mars 2001, que chez le Dr. C_____, selon rapport du 19 septembre 2001. Tous deux constatent que le recourant peut exercer une activité à 100% pour autant qu'elle soit adaptée, ce qui signifie pour le premier un travail sans port de charges lourdes ni poussière, et, pour le second, une activité sédentaire, étant précisé qu'un travail d'accueil coursier n'est pas possible.

   Plus précisément, s'agissant des lombalgies, le scanner lombaire, pratiqué le 24 août 2001, a permis d'exclure une hernie discale et a mis en évidence un calibre canalaire lombaire à la limite inférieure de la norme au niveau L3-L4, pouvant éventuellement expliquer une cruralgie droite irritative, sans toutefois d'œdème radiculaire. De l'avis du médecin de l'AI, le canal lombaire est encore dans la norme

et, dans cette mesure, les activités exercées par l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage doivent encore pouvoir être exercées à plein temps.

En ce qui concerne la gêne inguinale, le bilan angiologique pratiqué en novembre 1992 était normal et une insuffisance artérielle a été exclue. Tant l'OCAI que l'expert mandaté ont eu l'occasion de constater que le recourant avait pu rester assis et se mouvoir sans gêne apparente, contrairement à ses allégations. Les examen pratiqués en 1994 par le Dr. F_____ ont d'ailleurs mis en évidence l'apparition de la gêne inguinable uniquement lors d'efforts très importants, mais jamais lors de la marche ou de toute autre activité physique. Aucune récidive herniaire du côté droit n'a été détectée ni aucune hernie associée du côté gauche. Pour ce médecin, le recourant devait opter pour une orientation de travail évitant des efforts importants. Il ne relève pas d'incapacité de travail.

La gastrite à hélicobacter pylori, dont a souffert le recourant en mai 2002, n'a nécessité qu'une semaine de traitement selon prescription du Dr K_____. Le médecin traitant a ensuite constaté une amélioration de l'état de santé de recourant sous traitement d'antra notamment, dans son rapport intermédiaire du 15 juin 2002. Enfin, l'ulcère duodénal découvert conjointement n'affecte pas, de l'avis tant du spécialiste précité que du médecin de l'AI, la capacité de travail du recourant. Le médecin traitant a d'ailleurs envisagé une reprise de travail pour le recourant à 100% dans les deux à trois mois. Ce rapport du médecin du juin 2002 est le dernier rapport médical fourni par le recourant. Sans allégation de la part de ce dernier sur une détérioration durable de sa santé en lien avec ces problèmes, et compte tenu des rapports médicaux unanimes quant au caractère non invalidant de l'ulcère duodénal ou de la gastrite, il faut en conclure que cette aggravation a été sans conséquence sur sa capacité de travail au-delà de deux à trois mois depuis leur découverte.

Comme le recourant n'allègue nullement une aggravation de son état de santé en général ni ne met en en évidence un problème somatique qui ne serait pas constaté par son médecin traitant, la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations probablement identiques à celles des médecins déjà consultés. Ces observations résultent de scanners et autres examens suffisants, de sorte qu'il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant devra être rejetée de ce point de vue (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence et ATF du 13 février 2006 no I 741/04 consid. 4).

9. Il convient dès lors d'examiner l'existence d'une atteinte psychique à la santé du recourant, qui aurait un caractère invalidant.

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'une affection psychique de cet ordre est susceptible d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 ss. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Il incombe à l'expert psychiatre d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités). L'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

Dans le cas d'espèce, le médecin traitant avait estimé en 2001 qu'aucune prise en charge psychiatrique du recourant n'était nécessaire, alors que le gastro-entérologue avait constaté un état dépressivo-anxieux réactionnel. Il convient toutefois de relever que ces deux médecins ne sont pas qualifiés pour se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant.

L'expertise, mise en œuvre par l'OCAI, pose elle le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié avec tendance marquée à la majoration des plaintes et un éventuel fond dysthymique. Sa valeur probante est toutefois mise en doute pas le recourant, qui soutient que ses conclusions sont captieuses.

Le Tribunal constate que l'expertise se fonde sur des examens complets consistant en un entretien avec un expert psychiatre et psychothérapeute, des tests psychométriques, le résultat des examens paracliniques et des documents confiés par l'OCAI. Les plaintes du recourant sont précisément résumées, l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale apparaissent claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Une telle expertise répond à l'évidence en tous points aux exigences de la jurisprudence en la matière.

En ce qui concerne le caractère possiblement invalidant du trouble somatoforme indifférencié diagnostiqué, sous-catégorie du trouble somatoforme pour lequel s'applique les critères jurisprudentiels précitées, le critère de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes n'est pas réalisé, en ce qu'aucun trouble psychologique significatif n'apparaît et les critères pour un état dépressif majeur ou un trouble anxieux spécifique ne sont pas remplis - pas d'éléments clairs pour des épisodes de panique, d'anxiété généralisée ou

d'arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique, d'antécédents de maltraitance, de troubles psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence, ou un terrain de vulnérabilité constitutionnelle-. Enfin, les plaintes somato-psychiques ne se greffent pas sur une histoire particulièrement douloureuse ou une morbidité psychiatrique majeure. Une désinsertion de l'environnement familial ou social n'est pas constatée, ni un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. A ce sujet, l'observance au traitement est évalué comme très moyenne, dans la mesure où les examens paracliniques ont mis en évidence une valeur de Rivotril non détectable, en contradiction avec les allégations du recourant qui déclare prendre régulièrement son traitement. L'expert ne préconise d'ailleurs aucune mesure médicale, tout au plus la prescription d'un antidépresseur léger qui pourrait améliorer la qualité de vie du recourant, relevant que celui-ci n'a formulé aucune demande motivée en ce sens. Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de retenir qu'un effort pour surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux n'aurait pas été exigible de lui. Du point de vue de l'expert, le recourant a une capacité résiduelle de travail du point de vue psychique de plus de 80% dans une activité adaptée, avec une limitation de moins de 20% - la diminution de rendement représente un maximum de 20% depuis décembre 2000 -. Aucun indice concret ne permettant de douter du bien-fondé des conclusions convaincantes de l'expert, le Tribunal, à l'instar de l'OCAI, ne saurait s'en écarter. C'est donc à juste titre que l'intimé, faisant siennes les conclusions de l'expert, a considéré que le recourant pouvait travailler à plein temps dans un emploi adapté.

10. Il convient encore d'examiner si l'évaluation du degré d'invalidité du recourant, calculé à 13% par l'OCAI est conforme à la loi et la jursprudence.

    C'est à juste titre que l'intimé a procédé à la comparaison des revenus en se plaçant en 2002, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, dans la mesure où le début de l'incapacité de travail du recourant remonte à janvier 2001.

    Selon les données transmises par l'employeur, le salaire annuel du recourant en 2002 aurait été de 60'812 fr. 70, ce qui n'est pas contesté ni contestable.

    C'est à bon droit que l'intimé a retenu comme revenu d'invalide, un salaire mensuel brut de 4'598 fr. (55'176 fr. par an) correspondant à un emploi comme ouvrier dans la production industrielle légère à plein temps, selon l'"Enquête suisse sur la structure des salaires 2000" (ESS) (tableau TA 1, cat. 4). Cependant, le taux de 41.8 retenu par l'intimé comme correspondant à l'adaptation à la durée horaire usuel dans la branche d'activité doit être porté à 41.9 pour l'an 2002. Quant à l'indice des salaires nominaux en 2002, il a progressé de 1,8%, et non de 1,9%, pour les seuls ouvriers masculins, conformément à la jurisprudence qui commande d'opérer une distinction entre les sexes en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). Le taux de réduction de 10% permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant doit enfin être confirmé, car il

tient adéquatement compte de la situation de ce dernier. Le revenu d'invalide doit ainsi être arrêté à 52'953 fr. 50 (55'176 x 1,8% = 56'169 fr. 15 x 41.9/40 = 58'837 fr. 20 - 5'883 fr. 70). La perte de gain de 7'859 fr. 25 permet de retenir un degré d'invalidité de 12,92% soit un taux légèrement inférieur à celui calculé par l'intimé. Un tel taux est inférieur aux 40% retenus par l'art. 28 al. 1 LAI comme ouvrant droit à une rente. Les conclusions du recourant sur l'octroi d'une rente seront rejetées. Au surplus, le degré d'invalidité du recourant reste insuffisant également pour une éventuelle mesure de reclassement, nécessitant une perte de gain de 20% environ (VSI 2000 p. 63).

Par conséquent, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Sandrine TORNARE

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