

S1 14 173

JUGEMENT DU 6 AVRIL 2016

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Candido Prada, greffier

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(valeur probante d'une expertise médicale, nouvelle procédure d'instruction pour les
atteintes psychosomatiques)

Faits

A. X_____, né le 16 juin 1963, naturalisé suisse en 2010, marié, sans formation particulière, ayant exercé comme ouvrier ferrailleur, a déposé en date du 28 décembre 2010 un formulaire d'intervention précoce puis une demande de prestations AI le 11 janvier 2011. A l'appui de ses demandes il a indiqué souffrir depuis 2005 de troubles dégénératifs vertébraux ainsi que d'une gonarthrose bilatérale et être en incapacité totale de travail depuis le 30 septembre 2010.

Le 24 janvier 2011, le Dr A_____, médecin auprès du Service médical régional (SMR), a retenu que l'on ne pouvait plus exiger de l'assuré qu'il reprenne son activité habituelle et que des mesures d'intervention précoce respectant certaines limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de travail en position statique ni en porte-à-faux et limite de charges à 5-10 kg) pouvaient être envisagées (rapport du 24 janvier 2011).

Dans son rapport du 3 février 2011, le Dr B_____, généraliste et médecin traitant de l'intéressé depuis 1997, a posé les diagnostics - invalidants - de cervicalgies sur cervicarthrose (2006), de lombalgies sur troubles dégénératifs (2006), de gonalgies bilatérales prédominant à droite sur troubles dégénératifs (2006) et - sans effet sur la capacité de travail - de toux chronique d'origine indéterminée (2006). Considérant les douleurs chroniques ostéo-articulaires de son patient ainsi que ses troubles dégénératifs, il a déclaré que l'activité habituelle n'était probablement plus exigible de sorte qu'une réadaptation professionnelle devait être envisagée afin de permettre la reprise immédiate et à plein temps d'une activité adaptée (rapport du 3 février 2011). Ce praticien a joint à son rapport ceux d'autres confrères notamment celui du Dr C_____, radiologue, dont les radios réalisées le 2 décembre 2010 avaient mis en évidence des troubles statiques du rachis cervical associés à une cervicarthrose (sans tassement vertébral ni important pincement inter-somatique) ainsi qu'une très probable légère chondropathie rotulienne bilatérale (rapport du 2 décembre 2010).

Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'assuré a bénéficié de cours de français écrit. Selon le conseiller OAI, ces cours n'avaient pas pour but de le préparer à une formation complète type CFC ou AFP, mais juste de lui permettre de rédiger de courts rapports, notes journalières, factures, etc. dans le cadre d'une future activité

professionnelle. Un stage à temps partiel dans une activité légère a été également suggéré.

Le 11 avril 2011, l'intéressé a indiqué oralement à l'OAI qu'en raison de ses douleurs il ne se sentait pas capable de travailler dans toute activité.

Constatant que les éléments médicaux étaient trop lacunaires, l'OAI a invité le SMR à se déterminer au sujet de l'exigibilité de travail de l'assuré dans le cadre de mesures d'ordre professionnel / intervention précoce.

Dans son rapport du 23 mai 2011, le Dr A_____, retenant les diagnostics de lombalgies sur troubles dégénératifs, de cervicalgies sur troubles dégénératifs et de gonarthrose douloureuse bilatérale, a conclu que l'intéressé était à partir du 3 février 2011 (cf. rapport du Dr B_____ du 3 février 2011) pleinement apte à travailler dans une activité adaptée (alternance des positions, limite de charges à 20 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, pas d'activité accroupie ou à genou, sur une échelle, un toit ou un échafaudage et pas de travail dans un environnement froid ou humide).

Du 5 septembre 2011 au 4 octobre suivant, l'assuré a effectué à plein temps un premier stage d'orientation en « petite mécanique » auprès de D_____. Par communication du 5 octobre 2011, l'OAI a, malgré les plaintes de l'intéressé faisant état de l'apparition de douleurs au niveau de son bras gauche et de sa hanche droite, décidé, avec l'accord de X_____, de prolonger ce stage d'un mois dans la mesure où aucune contre-indication médicale ne s'opposait à cette reconduction, parce qu'il était important de le maintenir actif dans la mesure où il n'avait plus travaillé depuis le 30 septembre 2009 (recte : 2010). L'OAI a encore noté dans son rapport d'assessment du 5 octobre 2011 que cette mesure serait immédiatement arrêtée si le médecin traitant devait confirmer une incapacité totale de travail à l'issue d'un rendez-vous fixé au 7 octobre 2011.

Le 5 octobre 2011 le Dr E_____, spécialiste en radiologie, a informé son confrère B_____ que l'IRM lombaire qu'il avait pratiquée le même jour sur leur patient avait mis en évidence une probable discopathie L5-S1 avec débord / protrusion discale foraminale droite venant en contact de la racine L5. Ce radiologue n'a fait aucune remarque concernant la capacité de travail.

Après deux mois de stage, le conseiller OAI en réadaptation a constaté que l'assuré avait évolué favorablement et relevé son sens des responsabilités, sa ponctualité, sa motivation ainsi que la qualité de son travail. Ce conseiller a en outre mentionné dans

son rapport du 10 novembre 2011 que l'intéressé apprenait rapidement les nouvelles techniques de travail, était parfaitement autonome une fois les consignes de travail assimilées et que la seule limite à sa réinsertion était son comportement douloureux très expressif. Compte tenu de cette évolution favorable, le stage a été prolongé jusqu'au 6 décembre 2011.

Le 7 décembre 2011, l'intéressé a commencé un nouveau stage « externe » de trois semaines comme aide mécanicien de précision auprès de la société F_____ SA, sise à G_____. Très satisfaits de leur stagiaire, les responsables de cette entreprise ont accepté de continuer à le former sur le tas.

Le 30 avril 2012, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il était content de son stage mais que des douleurs au dos, dans le bras gauche, aux cervicales, dans la jambe jusqu'au talon « avec parfois un genou qui lâche » ainsi que sa fatigue liée aux déplacements sur son lieu de travail (H_____ - G_____) et à l'impossibilité de se reposer (sieste) durant la pause de midi réduisaient son rendement à 20%. D'entente entre l'OAI, les responsables de F_____ SA et l'assuré, il été convenu de prolonger la mesure de trois mois supplémentaires jusqu'au 31 juillet 2012 mais en réduisant le temps de travail à 80% pour tenir compte du cumul de fatigue.

Le 12 juillet 2012, lors d'un entretien sur le lieu de formation, l'intéressé s'est à nouveau plaint de douleurs l'empêchant de dormir et de travailler et a indiqué que son médecin traitant avait découvert une nouvelle affection.

Dans un pli du 19 juillet 2012 adressé à l'OAI, la société F_____ a indiqué que l'intéressé, sérieux, professionnel et apprécié de ses collègues et supérieurs pour sa sincérité et son franc-parler, présentait après quelques mois « un déclin progressif et significatif tant au niveau moral que physique, mais qu'il avait toujours essayé de fournir les efforts nécessaires afin de faire son travail le mieux possible » et que malheureusement « il avait de plus en plus de difficulté à se déplacer et à effectuer certains mouvements même en position assise ».

Dans un rapport du 24 juillet 2012 résumant une rencontre intervenue mi-juillet avec l'assuré, le conseiller OAI a repris à la lettre les considérations des responsables de F_____ SA (cf. supra). Au terme dudit entretien, il a été convenu de clarifier la situation auprès du Dr B_____, de poursuivre la mesure de réadaptation jusqu'à fin août et de refaire un bilan de la situation à cette date compte tenu de deux semaines et demie de vacances du 25 juillet 2012 au 10 août 2012 devant permettre à l'assuré de se reposer.

Le 30 août 2012, l'OAI a mis un terme à la mesure de réadaptation - qui selon un des responsable de F_____ SA respectait parfaitement les limitations fonctionnelles - et a demandé une réévaluation de la situation sur le plan médical, l'assuré déclarant que sa situation s'était encore péjorée et qu'il n'était pas capable de travailler à plus de 50%, même dans une activité adaptée (rapport final des mesures de réadaptation du 31 août 2012).

Dans son rapport du 21 septembre 2012, le Dr B_____ a déclaré sans autre explication médicale que « la situation était bloquée », rappelé l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 29 septembre 2010 et indiqué que le pronostic lui paraissait mauvais vu « la fixation des troubles et des plaintes depuis 2006 ». Ce praticien ne s'est pas prononcé au sujet d'une activité adaptée et a déclaré que l'annexe au rapport médical (limitations dues à l'état de santé) devait faire l'objet d'une expertise. Il a joint à son rapport notamment une expertise du 27 mai 2011 de la Dresse I_____, spécialiste FMH maladies rhumatismales auprès du Centre d'expertise médical de J_____ (réalisée pour le compte de la K_____ Assurances) ainsi que deux rapports du Dr L_____, radiologue. Dans son expertise, la Dresse I_____ a conclu, compte tenu des troubles statiques et dégénératifs rachidiens, d'une mobilité cervicale et dorsolombaire conservée et de troubles dégénératifs débutants au niveau des genoux, que seule une activité adaptée (travail limité à huit heures par jour, pas de position statique prolongée plus de 60 minutes, pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pas de montée ou descente d'escaliers ou de pente, pas d'activité sur une échelle ou échafaudage en position accroupie ou agenouillée) était encore possible et ce dès la date de l'expertise. Quant au Dr L_____, sa radiographie du thorax et son CT-scan thoracique effectués en juin 2012 à la suite des plaintes de l'assuré relatives à des douleurs sus-mammaires gauches au repos respirodépendantes n'ont rien révélé de particulier.

Le 15 novembre 2012, le Dr B_____ a confirmé une nouvelle fois que la reprise d'une activité respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement possible, tout en précisant qu'il ne voyait pas laquelle et rappelé que l'annexe au rapport devait faire l'objet d'une expertise car il lui était difficile d'estimer la capacité résiduelle de travail de son patient (rapport du 15 novembre 2012).

Le 2 juillet 2013, le Dr A_____ du SMR a recommandé la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique afin de déterminer la capacité médico-théorique de l'assuré dans une activité adaptée.

Les 23 septembre 2013, les Dresses N_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et O_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie auprès du Bureau d'expertises médicales (BEM), ont rendu leurs conclusions après avoir consulté le dossier du patient et examiné ce dernier. Elles ont posé les diagnostics - invalidants - de cervico-dorso-lombalgies chronique sur troubles statiques et dégénératifs modérés associés à de discrètes séquelles d'ostéodystrophie de croissance, sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.8), de dysbalance musculaires (Z 72.3), de gonalgies bilatérales prédominant à droite (M 25.5) et - sans répercussion sur la capacité de travail - de troubles statiques avec hallux valgus bilatéral (M 20.1), d'obésité (E 66.9), de douleurs allodymiques multiples de type fibromyalgique avec symptômes fonctionnels multiples associés (M 79.0) et d'hygiène dentaire insuffisante (R 46.0) (expertise, p. 45). Comparant leurs résultats, les expertes ont conclu que sur le plan somatique, l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais qu'en revanche on pouvait exiger de lui qu'il exerce à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de positions statiques prolongées du tronc, limite de charges à 10 kg et occasionnellement à 15 kg, pas de mouvement contraignant pour le rachis en porte à faux prolongé, pas d'activité en hauteur sur une échelle ou un échafaudage ou en zone basse soit en position assise ou accroupie). Elles ont imputé l'échec de la mesure de réadaptation à des éléments externes au champ médical et relevé une contradiction entre le comportement démonstratif de l'intéressé qui se prétendait incapable de travailler plus d'une journée, alors qu'il avait démontré être en mesure de réaliser un travail précis, méticuleux et qu'il disposait de ressources pour entreprendre une formation sur le tas. Elles ont aussi, en l'absence de tout argument médical objectif, rejeté toutes les allégations concernant une détérioration de la situation et remis en cause l'attitude du médecin traitant qui d'une part avait établi plusieurs certificats d'incapacité de travail sans autre diagnostic (pièce OAI 46-1, 64-17, 64-18, 71-1, 83-1, 89-1, 94-1, 98-1, 100-1, 105-1) et qui, d'autre part, relatait une impasse thérapeutique depuis trois ans, alors qu'il n'a effectué à leur connaissance aucun monitoring sanguin de la médication prescrite, inefficace et identique depuis sept ans et qu'au surplus le monitoring qu'elles avaient effectué n'avait pas détecté deux des principales substances prescrites (paracétamol et un psychotrope longue durée). Elles ont conclu « notre observation nous fait retenir qu'il n'y a pas, chez cet homme de 50 ans, présentant les prémisses d'atteintes

dégénératives de l'appareil locomoteur, de diminution de la capacité de travail dans les activités testées lors de la réadaptation »... « Des éléments échappant à la science médicale sont sans doute présents pour expliquer qu'un homme d'une telle stature, même déconditionné, n'ait pu réaliser d'activité adaptée avec un rendement normal ». Finalement concernant le diagnostic de douleurs allodymiques multiples de type fibromyalgique avec symptômes fonctionnels multiples associés retenu au niveau somatique par la Dresse N_____, la Dresse O_____ a, de son côté, relevé que l'expertisé était tonique, souriant, n'avait montré aucun signe d'inconfort durant l'examen, que malgré son discours centré sur ces plaintes douloureuses on pouvait le détourner sur d'autres sujets, qu'il ne présentait aucune détresse émotionnelle ou conflits psychosociaux majeurs et ne souffrait pas d'épisode dépressif, de trouble anxieux, d'attaque de panique, de trouble obsessionnel compulsif, de stress post-traumatique, de trouble affectif bipolaire, de psychose ni de trouble de la personnalité, mais présentait une amplification de symptômes (correspondant à un comportement et non un diagnostic). Cette spécialiste en psychiatrie a conclu, au vu du fonctionnement quotidien de l'expertisé, à l'absence d'une quelconque pathologie psychiatrique invalidante.

Dans son rapport final du 8 novembre 2013, le Dr A_____ ayant pris connaissance de l'expertise bi-disciplinaire a confirmé qu'il n'y avait pas de motifs de s'écarter des conclusions des expertes et que l'intéressé présentait depuis le 3 février 2011 une capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée.

Le 24 janvier 2014, l'OAI a rendu deux projets de décision sur la base de l'avis final du SMR. Dans le premier projet, il a nié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité constatant qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée et ne présentait qu'un taux d'invalidité de 22.52% (par comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminés compte tenu d'une déduction du salaire statistique selon l'ESS de 10%), soit un pourcentage insuffisant pour prétendre à une quelconque rente d'invalidité. Dans le second projet, il a refusé à l'assuré tout droit à un reclassement professionnel considérant que malgré un taux d'invalidité arrondi à 23%, il ne bénéficiait pas des capacités lui permettant d'entreprendre une formation type CFC ou AFP, qu'une formation en entreprise n'augmenterait pas sa capacité de gain et que son état de santé lui permettait d'exercer pleinement une activité adaptée simple et répétitive à plein temps même sans formation spécifique. Finalement, il lui a reconnu un droit à une aide au placement s'il en faisait la demande.

Par pli du 22 février 2014, X_____ a contesté ces deux projets indiquant que malgré la prise d'analgésiques ses douleurs quotidiennes et problèmes de sommeil ne lui permettaient pas de travailler. Il a également informé l'OAI qu'il compléterait son opposition avec un nouveau rapport de son médecin traitant.

Constatant que les critiques dirigées contre ses deux projets n'avaient pas été motivés par des éléments médicaux objectifs nouveaux, l'OAI a confirmé lesdits projets par décisions du 13 juin 2014.

B. Le 18 août 2014, X_____ a recouru céans contre ces deux décisions. Il a contesté les conclusions des expertes, déclarant que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été suffisamment investigué, qu'il se sentait incapable de travailler à plein temps même dans une activité légère, élément qu'il n'avait cessé de répéter à l'intimé « tout au long de ces années » qui ne l'avait pas entendu sur ce point. Il a ajouté que la longue liste de ses limitations fonctionnelles réduisait à néant ses chances de retrouver un travail et qu'il avait d'ailleurs effectué des postulations pour une place de conciergerie (médiathèque et autres entreprises de H_____) mais n'avait reçu que des réponses négatives. Concernant le refus du reclassement professionnel, le recourant a déclaré que « un soutien dans la recherche d'un emploi approprié lui était indispensable » compte tenu de ses nombreuses limitations. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise complémentaire, à l'octroi d'une mesure de reclassement si le refus de sa rente devait être confirmé et à une indemnité de dépens équitable, les frais étant mis à la charge de l'intimé.

Par ordonnance du 20 août 2014, le Tribunal a invité le recourant à produire les rapports du Dr B_____ et de P_____, psychologue, comme indiqué dans son recours.

Le 1^{er} octobre 2014, la Cour de céans a invité une nouvelle fois le recourant à produire les rapports susmentionnés.

Le 7 octobre 2014, le recourant a informé le Tribunal que son médecin traitant l'avait dirigé vers le Dr Q_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour examen. En annexe de ce pli, il a notamment joint un « certificat médical » du Dr B_____ dans lequel ce spécialiste en médecine interne se déclare persuadé que le comportement de son patient relève de troubles psychiatriques.

Dans sa réponse du 4 novembre 2014, l'OAI a indiqué que le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectif nouveau permettant de corroborer ses plaintes et de remettre ainsi en doute les conclusions finales du SMR. En outre, il a souligné que le médecin traitant partageait pleinement les constatations des expertes quant à la capacité de travail dans une activité adaptée de sorte que le recours contre la décision de refus de rente devait être rejeté. L'intimé a conclu qu'il en allait de même s'agissant du refus de reclassement, retenant que le recourant n'avait pas contesté qu'une telle mesure ne lui permettrait pas d'améliorer sa capacité résiduelle de gain ni que seules des activités simples et répétitives sans formation particulière étaient envisageables dans son cas. L'OAI a également souligné que le recourant ne disposait pas des qualités requises lui permettant de suivre une formation type CFC ou AFP et qu'au surplus une formation sur le tas ne modifierait non plus pas sa capacité résiduelle de gain. Finalement, l'intimé a retenu que le recourant s'était déclaré, durant toute la procédure, incapable de reprendre une activité, de sorte que sur le plan subjectif il ne remplissait pas les conditions d'un reclassement.

Le 15 janvier 2015, le recourant a répliqué que son état ne s'était pas amélioré et déposé un rapport du 19 décembre 2014 du Dr R_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir vu le recourant à trois reprises depuis septembre 2014, ce spécialiste a posé le diagnostic de troubles somatoformes, indiqué avoir prescrit un traitement antidépresseur et anxiolytique et conclu que l'état psychique de l'intéressé ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative, ce qu'une expertise psychiatrique permettrait de confirmer.

Dans sa duplique du 27 janvier 2015, l'intimé a rappelé que les conclusions de l'expertise du BEM étaient probantes dans la mesure où le recourant n'avait apporté aucun élément permettant d'en douter. Il a en outre noté que l'aggravation relevée par le Dr R_____ était postérieure aux décisions entreprises et que cette modification, pour plausible qu'elle soit, devait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations AI.

La Caisse de pension du recourant ne s'étant pas déterminée dans le délai imparti au sujet de la présente cause, l'échange d'écritures a été clos le 4 mars 2015.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 18 août 2014, le recours dirigé contre les décisions de refus de rente d'invalidité et de refus de reclassement professionnel datées toutes deux du 13 juin 2014 a été interjeté, compte tenu des feries judiciaires, dans le délai légal de 30 jours (art. 38 et 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité ainsi qu'à une mesure de reclassement professionnel, compte tenu des plaintes de X_____ qui n'aurait pas été entendues et d'un diagnostic de « fibromyalgie » qui aurait été insuffisamment investigué.

3.1 La décision entreprise expose correctement les dispositions légales relatives à la notion d'invalidité (art. 16 LPGA et 28 LAI) et à la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Il convient donc d'y renvoyer.

3.2 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). Aux termes de l'article 7 LPGA, est définie 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 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 (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c).

3.3 Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281) concernant l'abandon de la présomption du caractère surmontable des douleurs liées à des syndromes de type troubles somatoformes douloureux ou affections psychosomatiques assimilées (fibromyalgie), le Tribunal fédéral a rappelé et maintenu la nécessité, en présence de telles pathologies, d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors 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 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2].

Désormais, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (ATF 141 V 281 consid. 4). Cette évaluation s'effectue selon un catalogue d'indicateurs (cf. lettre circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015) qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. Dans la première phase « degré de gravité fonctionnelle », il convient de mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle peuvent également fournir des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. La question des ressources personnelles dont dispose l'assuré, eu égard en particulier à sa personnalité et à son environnement social, doit

aussi être analysée. Puis dans la seconde phase «de cohérence », il s'agit d'examiner si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. (ATF 141 V 281 ; arrêt de la 1^{er} Cour des assurances sociales du canton de Fribourg 605 2013 190 du 23 juillet 2015 ; arrêt de la Chambre des assurances sociales du canton de Genève ATAS/683/2015 du 9 septembre 2015 ; lettre circulaire AI n°334 du 7 juillet 2015 ; Ueli Kieser, Atteinte à la santé non objectivables – Êtes-vous au clair ?, in Bulletin des médecins suisses, p. 1212-1214 ; Anne-Sylvie Dupont, commentaire de l'ATF 9C_492/2014, in : droit pour le praticien 2015).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux et socioculturels, ils ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'article 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

4. En l'espèce, considérant que l'expertise bi-disciplinaire retenant un diagnostic non invalidant de douleurs allodymiques multiples de type fibromyalgie avec symptôme fonctionnels multiples associés (M79.0) et excluant toute atteinte psychique a été rendue sous l'empire de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 130 V 352), il y a lieu d'examiner si cette évaluation médicale résiste à la nouvelle jurisprudence (arrêt 9C_79/2015 du 5 novembre 2015).

Conformément à la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi leur valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsque l'expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 8).

5.1 Se basant sur l'avis final du SMR (rapports du 8 novembre 2013) reposant sur l'expertise bi-disciplinaire du 23 septembre 2013, l'intimé a retenu dans sa décision litigieuse que l'on pouvait, du point de vue somatique, raisonnablement exiger du recourant qu'il exerce une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, toute atteinte psychiatrique invalidante ayant été exclue par l'experte-psychiatre.

5.2.1.1 S'agissant des indicateurs de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle, la plainte essentielle de l'assuré porte bien sur des douleurs constantes. Toutefois, l'intensité de ces dernières doit être relativisée. En effet, d'une part l'assuré a lors de ses stages et malgré quelques absences attestées mais non motivées par son médecin traitant (Dr B_____) réussi à produire un travail précis et de qualité alors qu'il avait toujours indiqué se sentir incapable de travailler à plein temps (cf. rapport de réadaptation du 10 novembre 2011, pièce OAI 52-1 ; rapport COPAI du 21 décembre 2011, pièce OAI 64-10 ; rapport de réadaptation du 25 janvier 2012, pièce OAI 67-1 ; rapport de réadaptation du 24 juillet 2012, pièce OAI 101-1) et d'autre part les stages ont toujours été effectués dans le respect des limitations fonctionnelles. En outre, le degré de gravité fonctionnelle semble également limité dans la mesure où les expertes, lors de leurs examens respectifs, n'ont pas constaté que l'assuré se déplaçait ou se mouvait avec difficulté. La Dresse N_____ a noté « ... il est affable et effectue des gestes souples, harmonieux des bras, la nuque, le tronc bougent normalement sans signe extérieur de souffrance. »... « l'observation de la gestuelle spontanée où il a pu saisir ses radiographies, ses habits, sans difficulté n'est pas compatible avec une parésie qui serait inférieure à 4 ». Quant à la Dresse O_____, elle a déclaré :

« Monsieur se déplace facilement, s'assied et se relève normalement. Il ne manifeste pas de signe d'inconfort ni douleurs mais les relate abondamment », élément également relevé par la première experte susmentionnée « Lorsqu'on aborde le sujet du travail, les douleurs sont évoquées de manière très appuyée, avec une gestuelle associant des torsions du tronc assis, il se lève disant qu'il a mal, marche à petit pas les genoux fléchis, ce qui contraste à ce que nous observons en accompagnant le patient qui marche d'un pas décidé, symétrique. ». Ce comportement a été également constaté par le conseiller OAI qui a conclu que « l'unique limite à sa réinsertion professionnelle est en lien avec sa manière d'exprimer les douleurs qu'il ressent quotidiennement. Toutefois, il s'exprime sur le sujet uniquement lorsqu'on lui demande comment il va. Dans ce cas de figure, il est très volubile... » (rapport de réadaptation du 10 novembre 2011).

Il ressort également de l'expertise psychiatrique que les plaintes somatiques de l'assuré ne sont pas survenues dans un cadre précis. Il vit entouré d'amis et de sa famille, avec laquelle il n'a pas de conflit majeur et se rend au moins une fois par an dans sa maison au S_____. En outre, il n'apparaît pas que les douleurs dont il souffre soient survenues dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux.

5.2.1.2 Concernant l'indicateur relatif au succès du traitement (d'approche purement passive), le monitoring sanguin effectué dans le cadre de l'expertise bi-disciplinaire a mis en évidence un taux sérique indétectable laissant supposer que l'assuré ne prend pas régulièrement ses traitements médicamenteux. Par conséquent, on ne peut en l'espèce conclure à un échec du traitement thérapeutique.

5.2.1.3 Quant à l'indicateur de comorbidité, ni les expertes ni le Dr B_____, médecin traitant du recourant, n'ont relevé chez ce dernier un trouble dépressif au moment où la décision attaquée a été rendue. La Dresse O_____ a encore précisé que le traitement de trazodone (Trittico) 100 mg avait été prescrit dans le but de favoriser le sommeil et non comme antidépresseur. Quant au tableau anxio-dépressif mis en évidence par le Dr R_____ justifiant l'instauration d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, le Tribunal relève que ces constatations sont intervenues bien après la notification des deux décisions contestées, de sorte que si une aggravation de la situation est intervenue depuis, cette péjoration ne peut influencer sur l'issue de la présente cause, mais doit faire l'objet d'une nouvelle décision administrative et par conséquent d'une nouvelle demande de prestations AI (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et les références, arrêt 9C_392/2014 du

3 septembre 2014). On relèvera aussi que le manque d'activité physique et le déconditionnement musculaire (amyotrophie généralisée) [cf. expertises de mai 2011 de la Dresse I_____ et de septembre 2013] qui ne permettent pas une amélioration du gainage axial (tonification musculaire active) participent aussi aux douleurs de l'assuré.

5.2.2 S'agissant de la structure de la personnalité de l'assuré, la Dresse O_____ a relevé que son discours était centré sur ses plaintes douloureuses, mais qu'il pouvait toutefois être dévié sur d'autres sujets. Elle a retenu également qu'il n'avait montré aucune détresse émotionnelle ou conflits psychosociaux, ce qui permettait d'écartier le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En revanche, elle a retenu chez l'expertisé une amplification des symptômes en nombre (selon Waddel et Matheson), ce qu'elle n'a pas qualifié de diagnostic mais de comportement et en a conclu que sur le plan psychique la capacité de travail du recourant était entière.

5.2.3 Concernant l'indicateur du contexte social, il y a lieu de constater que l'assuré bénéficie du soutien de son environnement familial proche, soit de son épouse, de ses enfants, de son cousin domicilié à T_____, de membres de sa famille restés au S_____, ainsi que d'amis avec lesquels il lui arrive de boire un café et de jouer aux échecs.

5.3 S'agissant des indicateurs liés à la cohérence, contrairement à ses plaintes selon lesquelles son sommeil ne serait pas réparateur (3 heures maximum la nuit et 1h30 le jour), la Dresse O_____ n'a relevé aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur chez le recourant : l'attention, la concentration et la mémoire de ce dernier étaient dans la norme et son énergie vitale conservée. En outre, comme déjà indiqué ci-dessus, aucune détresse émotionnelle ni aucun conflit psychosocial majeur n'a été mis en évidence et les expertes ont également remarqué que l'assuré ne présentait pas de difficulté pour se déplacer et se mouvoir.

Dans la mesure où l'assuré ne fait que peu de chose à domicile (télévision et lecture), qu'il apparaît comme très vraisemblable qu'il ne participait que très peu aux tâches domestiques, ces dernières se limitant uniquement à la vaisselle (cf. expertise du 23 septembre 2013, p. 27) et qu'il rencontre parfois des amis à l'extérieur, on peut considérer que ses limitations apparaissent uniformes dans ses diverses activités.

5.4 Finalement, le tribunal retient que le taux sérique indétectable et le traitement médicamenteux inchangé malgré l'absence de résultat relativisent le poids effectif des souffrances.

5.5 Eu égard à l'analyse qui précède, il ressort que l'expertise du 23 septembre 2013 a pris en compte tous les indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le diagnostic de fibromyalgie qui en l'espèce n'est pas invalidant, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de faire procéder à un complément d'expertise (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'article 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Au vu de l'analyse des indicateurs, il doit être retenu, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que les troubles douloureux et la fibromyalgie dont souffre le recourant sont surmontables et, partant, qu'ils ne sont sur le plan médico-théorique - et non pas du point de vue du recourant qui n'a d'ailleurs pas prouvé que le(s) refus qu'il a essuyé dans le cadre de ses recherches d'emploi étaient liés à ses limites fonctionnelles - pas invalidants, de sorte que le recours est mal fondé sur ce point.

6. Concernant les mesures d'ordre professionnel auxquelles le recourant estime avoir droit, on relèvera qu'aux termes de l'article 17 alinéa 1 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 maintenue ou améliorée. Pour rappel, 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 130 V 488 consid. 4.2 et les références). En outre, la personne assurée doit notamment être susceptible de réadaptation, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle (OFAS, Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, dans son état au 1^{er} janvier 2016, chiffre 4010).

Le Tribunal constate que les expertes et le SMR ont conclu aux termes de leurs investigations ayant conduit à des conclusions probantes qu'on pouvait exiger du recourant qu'il exerce pleinement une activité adaptée à ses limitations. Or comme ce dernier a toujours déclaré se sentir incapable de travailler à plein temps, il n'est

subjectivement pas susceptible d'être réadapté. Par conséquent, le recours doit être également rejeté sur ce point.

Au surplus, la Cour de céans relève que dans son écriture, le recourant requiert un soutien dans la recherche d'un emploi approprié vu ses limitations. Or cette requête correspond à une aide au placement (art. 18 LAI), soit à un droit que l'intimé a reconnu au recourant et que ce dernier peut obtenir moyennant une demande écrite.

7. Mal fondé le recours est rejeté et les décisions des 13 juin 2014 confirmées.

Les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais par 800 fr. sont mis à la charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 avril 2016