

GE_GERICHTE A/1216/2016 vom 2. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1216_2016

FR: GE_GERICHTE A/1216/2016 du 2 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/1216/2016 del 2 maggio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), d'origine italienne et né le _____ 1969, est arrivé en Suisse le 15 mars 1995. Titulaire d'une maturité fédérale en économie et gestion, informaticien de formation, il a travaillé chez B_____ (Suisse) SA comme chef du département du système de communication de 1998 à 2006. Par la suite, de 2006 à 2012, il s'est établi en tant que commerçant indépendant.![endif]>![if> 2. Le 24 décembre 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), pour cause de fibromyalgie.![endif]>![if> 3. Selon le rapport du 11 avril 2014 du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, les diagnostics retenus depuis début 2012 étaient ceux de dépression récurrente, sévère, sans symptômes psychotiques et de somatisation. En raison d'une mauvaise gestion de son magasin ayant abouti à une faillite, toute la famille s'était retrouvée dans une situation critique. Dans ce contexte, la dépression grave et la somatisation étaient les seules issues pour l'assuré, qui était incapable de faire face à son échec et à la faillite de son entreprise. L'évolution était très lente avec un pronostic défavorable. Le traitement consistait en un soutien psychothérapeutique une fois par mois et un traitement médicamenteux psychiatrique et antalgique. La capacité de travail était nulle depuis le 16 avril 2012.![endif]>![if> 4. A teneur du rapport du 10 juin 2014 du docteur D_____, médecin généraliste FMH, les diagnostics étaient les suivants : fibromyalgie depuis six à sept ans, aggravée depuis deux ans, état anxio-dépressif depuis avril 2012 (avec répercussion sur la capacité de travail) et hernie hiatale avec oesophagite peptique de stade I, intolérance au glucose, hypercholestérolémie, hypertrophie prostatique, péritonite en 2002, eczéma de contact, mycose interdigitale, prurit chronique, constipation chronique et hémorroïdes (sans répercussion sur la capacité de travail). Tous les triggers points de la fibromyalgie étaient positifs. En raison des douleurs diffuses, quasi quotidiennes et invalidantes, lesquelles nécessitaient une antalgie lourde (notamment : Targin 40/20 [2 comprimés par jour] ; Zaldiar [6 comprimés par jour] ; Célébrex 200 mg [2 comprimés par jour] ; Attarax 50 mg [1 comprimé par jour] ; Cymbalta 60 mg [1 comprimé par jour] ; Sertraline 50 mg [2 comprimés par jour] ; Pravalotin 40 mg [1 comprimé par jour] ; Prostagult [2 comprimés par jour] ; Pantoprazol 40 mg [1 comprimés par jour]), l'assuré était totalement incapable d'exercer une activité de manutention. Une activité à temps partiel, sans charge physique ni psychique, était envisageable. Une telle activité, exercée à 50%, pouvait être attendue à moyen terme. ![endif]>![if> 5. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical de l'assurance-maladie (SMR), lequel a considéré, sous la plume du docteur E_____, médecin praticien FMH, dans un avis du 18 décembre 2014, qu'en présence d'un syndrome douloureux chronique, un examen SMR psychiatrique

devait être effectué. 6. Comme préconisé par le SMR, l'assuré a été examiné à Sion (VS) par le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ancien médecin SMR. Selon son rapport du 16 novembre 2015, le médecin précité n'a relevé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. En revanche, il a posé les diagnostics suivants, lesquels n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail : trouble anxieux et dépressif mixte, réactionnel à une situation sociale difficile depuis 2012 (F41.2), trouble hypocondriaque depuis 2012 (F45.2), fibromyalgie, à confirmer par un spécialiste rhumatologue (M79.0) et anamnestiquement, épisode dépressif réactionnel de gravité non déterminée en 2012 (F33.9). Ces atteintes n'entraînaient objectivement aucune incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors. Si l'assuré ne disposait pas des moyens économiques et sociaux pour reprendre son activité de chef d'entreprise indépendante, une activité en qualité d'employé dans l'un des domaines maîtrisés était exigible. Après avoir réglé la problématique de son domicile, l'assuré habitant chez son frère, une aide au placement devrait être envisageable et l'aider à sortir de sa situation sociale difficile.

Après avoir expliqué que la fibromyalgie était un diagnostic rhumatologique, le Dr F_____ a écarté celui de trouble somatoforme douloureux pour les deux motifs suivants : les douleurs étaient expliquées par un diagnostic somatique (la fibromyalgie) et certains critères du diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'étaient pas retrouvés. Ainsi en allait-il notamment de l'attention de l'assuré, laquelle n'était pas orientée vers les douleurs pendant la plupart du temps mais plus vers une situation sociale difficile et la douleur psychique et morale en résultant, et non sur des douleurs corporelles. Le Dr F_____ n'avait pas non plus retenu le diagnostic d'état dépressif majeur, les critères d'un tel diagnostic n'étant pas rencontrés (absence de ralentissement psychomoteur, mimique expressive, pas de diminution de l'énergie, diminution de la concentration et du rendement mental après peu de temps non confirmée objectivement, capacité d'éprouver du plaisir diminuée partiellement seulement). S'il était possible que l'assuré ait présenté un état dépressif majeur en 2012, cela n'avait pas dépassé quelques mois. Suite à la faillite en 2012 et à la crise conjugale qui s'en était suivie, avec une séparation en 2015, l'assuré avait chuté d'une classe moyenne aisée vers un état actuel de sans domicile fixe (SDF). Cette situation lui procurait une douleur psychique intense mais cela ne constituait pas une maladie. Par ailleurs, en raison de son échec dans la vie, il éprouvait un sentiment de honte, entraînant notamment un retrait social très important. L'évitement n'était pas issu de symptômes dépressifs, avec pour conséquence une perte d'énergie et une perte d'envie comme celle de voir les gens. La préoccupation principale restait strictement contextuelle, en lien avec l'aide sociale de l'Hospice général. En réalité, l'assuré ne voyait plus les gens parce qu'il avait honte. L'assuré avait également peur de faire des crises de douleurs. Ce symptôme psychopathologique lui restreignait les possibilités d'agir mais il restait surmontable. Cette angoisse pouvait être classée sous trouble anxieux et dépressif (F41.2) et trouble hypocondriaque (F45.2). Ces deux troubles correspondaient, pour le Dr F_____, aux diagnostics de somatisation et de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère, retenus par le Dr C_____.

L'assuré disposait de bonnes ressources. Il était intelligent et avait été en mesure de mener à bien des projets complexes et difficiles dans un contexte compétitif et exigeant. Il ne montrait pas d'attitude particulièrement caractérielle et disposait d'une bonne capacité d'analyse. Il disposait d'une énergie vitale importante. S'il montrait une souffrance psychologique intense vécue comme telle, celle-ci restait essentiellement contextuelle et n'était pas issue d'une maladie psychiatrique. Il était dès lors en mesure de faire l'effort nécessaire pour

surmonter ses difficultés psychiques et faire le nécessaire pour sortir de la situation sociale actuelle. Suite à sa séparation au printemps 2015, à la problématique du domicile non réglé (il était hébergé par son frère) et à la pénurie financière y liée, l'assuré était tellement préoccupé par le cercle vicieux social dans lequel il se trouvait qu'il n'avait pas la possibilité de chercher un emploi. Ces éléments sortaient toutefois du champ médical. Une bonne prise en charge psychothérapeutique, orientée vers le fait qu'il s'agissait d'une expérience psychiquement, et non physiquement, douloureuse, était en mesure de soulager la souffrance psychologique incontestablement intense de l'assuré. Si la psychothérapie et les assistants sociaux, en collaboration avec l'Hospice général, arrivaient à guider l'assuré vers les démarches nécessaires pour surmonter sa honte et sa fierté et régulariser le domicile avant de bénéficier de prestations financières, le pronostic n'était pas mauvais. Dans le cas contraire, il y avait un réel danger que l'assuré s'engouffre dans une évolution psychosomatique et dépressive nettement plus grave que cela était le cas. 7. Le rapport du Dr F_____ a été soumis au SMR qui s'est prononcé, par avis du 11 janvier 2016, sous la plume du Dr E_____, lequel a uniquement résumé le rapport en question, sans formuler de préconisation. 8. Par projet de décision du 22 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations au vu des conclusions du rapport du Dr F_____. 9. Le 24 février 2016, le Dr C_____ a contesté le projet de décision précité, relevant qu'il avait diagnostiqué une dépression majeure sévère sans symptômes psychotiques en avril 2012. Depuis lors, ladite dépression s'était stabilisée en dysthymie. Parallèlement à la symptomatologie dépressive et anxieuse, la souffrance s'était exprimée à travers des douleurs somatoformes persistantes. Le psychiatre traitant décrivait la situation de l'assuré de la manière suivante : « [l'assuré] reste cloîtré chez lui, incapable de participer à la vie de famille, il ne supporte plus ni son épouse ni ses quatre enfants. La plupart du temps, il reste couché dans son lit en gémissant et en criant de douleur. L'épouse et les 4 enfants sont pétrifiés, ne sachant quoi faire, se sentant impuissants et coupables. Dans ce contexte de tension familiale extrême, le couple a dû se séparer et depuis [l'assuré] est sans domicile, errant d'un appartement d'amis à un autre, n'ayant plus de havre, perdant peu à peu ses affaires. Il se marginalise et se clochardise de plus en plus, incapable de se reprendre en main. [L'assuré] ne s'occupe plus de rien, ni de l'administratif, ni d'un appartement. Tout part à vau-l'eau, il n'y a plus d'espoir. Les idées de mort sont de plus en plus présentes ». Depuis 2012, aucune médication n'avait porté ses fruits. L'hygiène personnelle de l'assuré se dégradait. Il se nourrissait mal et perdait du poids, n'avait plus d'énergie, de force, d'envie. Il était apathique, sans ressources et sans futur. 10. Le 2 mars 2016, le SMR, toujours sous la plume du Dr E_____, a relevé que le Dr C_____ ne critiquait pas l'expertise du Dr F_____ et qu'il n'apportait aucun élément nouveau. 11. Par décision du 8 mars 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet et a rejeté la demande de prestations. 12. Le 21 avril 2016, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision du 8 mars 2016, se référant à un rapport du Dr C_____ daté du 20 avril 2016, annexé à son écriture. 13. Après avoir procédé à une anamnèse personnelle et professionnelle du recourant, le Dr C_____ a expliqué, dans le rapport précité, qu'il était probable que l'obligation de réussir afin de conquérir le respect et l'amour de ses parents, associée à l'échec total représenté par la faillite, avait entraîné le recourant dans la maladie. Après avoir répété les termes de son rapport du 24 février 2016, le psychiatre précité a conclu que l'échec et le désastre de la faillite, combinés à un syndrome algique chronique avaient durablement modifié la personnalité du recourant, diagnostic qu'il posait désormais. 13.

L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 18 mai 2016 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Le rapport du Dr C_____ du 20 avril 2016 avait été soumis au SMR qui s'était prononcé dans un avis du 2 mai 2016 sous la plume de la doctoresse G_____, médecin FMH. Il en ressortait principalement que le tableau était dominé par une problématique sociale, laquelle n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité, et une absence d'atteinte psychique ou somatique grave, durable et incapacitante. Dans ce contexte, l'intimé rappelait que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. La décision querellée se fondait sur une instruction médicale complète, et plus particulièrement sur l'expertise du Dr F_____ du 18 novembre 2015 ainsi que sur les divers avis du SMR. L'expertise précitée répondait aux réquisits jurisprudentiels de sorte qu'une pleine valeur probante devait lui être reconnue. En résumé, le recourant n'avait fourni aucun élément médical objectivement vérifiable, ignoré dans le cadre de l'expertise psychiatrique et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou démontrer le caractère incomplet de son rapport.!

14. Par courrier du 14 juillet 2016, le recourant a relevé que la situation économique dans laquelle il se trouvait était notamment due à la crise économique, ayant entraîné de nombreuses faillites en Suisse. Sa situation familiale et le fait de se retrouver sans domicile fixe étaient liés à sa maladie, qui l'avait poussé à préserver ses enfants. Il souffrait d'une dépression et d'une fibromyalgie. Dans ces circonstances, il sollicitait la réalisation d'une nouvelle expertise.!

15. L'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 31 août 2016.!

16. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, 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 343 consid. 3). 3. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes de Pâques du 20 mars au 3 avril 2016, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c LPGA, 60 et 61 let. b LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). !

4. Le litige porte sur le droit de l'intimé à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du Dr F_____ du 16 novembre 2015.!

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (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. De plus, il

n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

b/aa. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

b/bb En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend 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. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux 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. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de

fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.1). 7. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. c. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus 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 - 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. On peut réserver 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. 4.2). 8. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre

d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe «

personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 9. a. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, 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, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement

valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/aa. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). b/bb. Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. A teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou

examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/dd. A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!> A noter que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi 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)

12. En l'espèce, le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué par le Dr D_____ dans son rapport du 10 juin 2014. Pour cette raison, l'OAI a, sur préconisation de son SMR, mandaté le Dr F_____ pour examiner le recourant. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ce document.

a. A titre liminaire, la chambre de céans constate que la qualité en laquelle le Dr F_____ a examiné le recourant n'est pas claire. En effet, dans son avis du 18 décembre 2014, le Dr E_____, médecin auprès du SMR, a considéré qu'il convenait de soumettre le recourant à un examen SMR psychiatrique. Si le rapport du 16 novembre 2015 n'a pas été rédigé sur le papier à entêtes du SMR, il n'en demeure pas moins que l'un des titres allégués par le Dr F_____ est celui d'« ancien médecin SMR ». A cela s'ajoute le fait que selon le registre des professions médicales (<https://www.medregom.admin.ch/fr>) tenu par l'office fédéral de la santé publique (OFSP), le médecin précité apparaît comme médecin-conseil avec notamment pour adresse celle de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Au vu de ces éléments, il convient de considérer que le Dr F_____ a agi en tant que médecin du SMR, de sorte qu'il a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Il ne s'agit donc pas d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

a/bb. Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du Dr F_____ daté du 16 novembre 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, le Dr F_____ a écarté le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, pour deux motifs. Il a tout d'abord considéré que les douleurs étaient expliquées par un diagnostic somatique, la fibromyalgie, ce qui excluait le diagnostic de troubles somatoformes. Certes, le médecin précité a également estimé que le diagnostic de fibromyalgie devait être confirmé par un rhumatologue. Cette petite contradiction n'est toutefois pas pertinente en l'espèce, dès lors que le Dr F_____ a également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en raison des critères, lesquels n'étaient pas réunis. En effet, le médecin précité a constaté que l'attention du recourant n'était pas orientée vers des douleurs corporelles pendant la plupart du temps, mais au contraire vers sa situation sociale difficile et sa douleur psychique et morale en résultant. Le Dr F_____ a également expliqué pour quels motifs il avait considéré que les critères plaidant en faveur d'un état dépressif majeur n'étaient pas réunis. Enfin, le médecin susmentionné a considéré que l'angoisse anticipatoire de faire des crises de douleur pouvait être codée dans deux diagnostics psychiques, à savoir sous trouble anxieux et dépressif (F41.2) et sous trouble hypocondriaque (F45.2). Dans ce contexte, le Dr F_____ a relevé que le recourant présentait une certaine fixation de type hypocondriaque sur une maladie somatique dont il n'arrivait pas à observer les effets, dès lors que pendant les deux heures qu'a duré l'examen, le recourant n'avait fait montre d'aucun comportement douloureux. Il résulte de ce qui précède que le Dr F_____ a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu les diagnostics posés par le Dr C_____ mais d'autres. Le Dr F_____ a également expliqué de manière convaincante que la situation était surtout due au fait que

le recourant avait fait faillite et qu'il avait depuis lors honte de cette situation et de sa chute sociale. L'assuré disposait toutefois de bonnes ressources. Il était intelligent et avait été en mesure de mener à bien des projets complexes et difficiles dans un contexte compétitif et exigeant. Il ne montrait pas d'attitude particulièrement caractérisée et disposait d'une bonne capacité d'analyse. Il disposait d'une énergie vitale importante. S'il montrait une souffrance psychologique intense vécue comme telle, celle-ci restait essentiellement contextuelle et n'était pas issue d'une maladie psychiatrique. Il était dès lors en mesure de faire l'effort nécessaire pour surmonter ses difficultés psychiques et faire le nécessaire pour sortir de la situation sociale actuelle. En d'autres termes, le Dr F _____ a considéré que la situation du recourant était essentiellement due à des facteurs psychosociaux et non à une maladie psychique. Pour lui, si la psychothérapie et les assistants sociaux, en collaboration avec l'Hospice général, arrivaient à guider le recourant vers les démarches nécessaires pour surmonter son sentiment de honte et sa fierté voire régulariser son domicile pour pouvoir bénéficier des prestations sociales, le pronostic n'était pas mauvais. b. Le Dr F _____ ne s'est toutefois pas prononcé sur le caractère invalidant de la fibromyalgie compte tenu des nouveaux critères détaillés à l'ATF 141 V 281, rendu le 3 juin 2015, soit antérieurement à la réalisation de l'expertise. Se pose dès lors la question de savoir si une expertise psychiatrique complémentaire est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si l'expertise déjà rendue permet de déterminer si la fibromyalgie est invalidante – ou non – au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. S'agissant de l'atteinte à la santé, le Dr D _____ a mentionné une fibromyalgie et un état dépressif sévère, lesquels entraînaient des répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, le Dr F _____ n'a retenu aucun diagnostic susceptible d'entraver la capacité de travail du recourant. Quant au Dr C _____, s'il a dans un premier temps posé le diagnostic d'état dépressif sévère, il a expliqué par la suite, notamment dans un rapport du 24 février 2016, que ledit état dépressif s'était stabilisé en une dysthymie. Dans ces circonstances, on ne saurait donc retenir un état dépressif sévère comme le prétend le recourant. Le traitement administré sur le plan psychique a été couronné de succès dès lors que l'état dépressif s'est amélioré au point de se stabiliser en une dysthymie laquelle est caractérisée selon la CIM-10 par un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F34.1). En revanche, sur le plan somatique, les traitements n'ont pas été couronnés de succès, le recourant peinant à admettre qu'il devait vivre avec ses douleurs. Le Dr F _____ n'a pas relevé de troubles cognitifs. Les plaintes subjectives de diminution de la concentration et de l'attention n'ont notamment pas pu être confirmées objectivement. Il n'y avait pas du tout de fatigabilité mentale pathologique. En effet, après plus de deux heures d'entretien, l'attention, la concentration et le rendement mental du recourant étaient identiques à ce qu'ils étaient au début de l'exploration. Par ailleurs, sa pensée était plutôt fluide, rapide et bien structurée. Le recourant arrivait toujours au but et témoignait d'une intelligence normale. Ces éléments viennent corroborer le fait qu'il disposait de ressources personnelles préservées. S'agissant du contexte social, force est de constater que le recourant est séparé de son épouse et qu'il habite chez son frère. Toutefois, tous les quinze jours, il exerce son droit de visite. Il est dès lors entouré par ses proches. Ses préoccupations restent strictement contextuelles, en lien avec les prestations de l'Hospice général. Il sort pour se rendre « chez les services » ou chez les médecins. Il n'est donc pas totalement isolé. Quant au poids de la souffrance du recourant, force est de constater que le Dr F _____ a constaté que les plaintes du recourant

n'étaient pas orientées vers des douleurs physiques, mais vers sa situation difficile et la souffrance psychiquement douloureuse y liée. Pour le médecin précité, le recourant présentait une certaine fixation de type hypocondriaque sur une maladie somatique dont il n'arrivait pas à observer les effets, le recourant n'ayant montré aucun comportement douloureux pendant les deux heures de l'examen. En définitive, l'expertise du Dr F_____ permet de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre le recourant, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire. Bien plus, comme cela a été relevé ci-dessus, le médecin précité a considéré que le recourant disposait des ressources nécessaires pour surmonter ses difficultés et rechercher un emploi. En réalité, le recourant ne se sentait pas en mesure de rechercher un emploi, étant tellement préoccupé par le cercle vicieux social dans lequel il se trouvait. Il s'agit donc d'une problématique purement contextuelle, ce qui a été rappelé à plusieurs reprises par le Dr F_____, problématique qui n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. Au vu de ce qui précède, il doit également être considéré que la fibromyalgie – pour autant que ce diagnostic puisse être confirmé par un rhumatologue – ne serait pas invalidante, le recourant disposant quoi qu'il en soit des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs et se réinsérer professionnellement. 13. Pour sa part, le recourant conteste les conclusions de l'expertise du Dr F_____ en se référant à un avis du Dr C_____ du 20 avril 2016. [endif]> [if> Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). L'appréciation du Dr C_____ du 20 avril 2016 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, si le médecin précité pose un nouveau diagnostic, celui d'autre modification durable de la personnalité, il ne précise pas sur quels éléments il se fonde, se contentant en réalité de répéter l'anamnèse personnelle et professionnelle du recourant. Si l'appréciation en question comporte une description des plaintes du recourant, elle ne donne aucune indication quant aux constatations cliniques. A noter que l'appréciation de la situation par le psychiatre traitant rejoint celle du Dr F_____. En effet, le Dr C_____ a considéré, dans son rapport du 11 avril 2014, qu'en raison d'une mauvaise gestion du magasin avec faillite, toute la famille du recourant s'était retrouvée dans une situation critique et que c'était dans ce contexte que la dépression grave et la somatisation étaient devenues les seules issues pour le recourant qui était incapable de faire face à son échec et à la faillite de l'entreprise. Ce faisant, il a admis que la situation du recourant était surtout contextuelle. En outre, il a considéré, dans son courrier du 24 février 2016 que l'état dépressif sévère s'était stabilisé en une dysthymie, ce qui revient à nier une atteinte incapacitante. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente, de sorte qu'aucune instruction complémentaire ne sera ordonnée. Il convient donc de retenir que le rapport du Dr F_____ du 16 novembre 2015 dispose d'une pleine valeur probante et de considérer que le recourant ne souffre d'aucune atteinte incapacitante sur le plan psychique et que ses ressources personnelles sont suffisantes pour lui permettre de surmonter ses douleurs et de retrouver un emploi. 14. Au vu de ce qui précède, le

recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. C'est le lieu de préciser que la pratique de la chambre de céans - et auparavant du TCAS - est de dispenser du paiement d'un émolument les personnes au bénéfice de l'assistance juridique (ATAS/302/2010 du 23 mars 2010 ; voir également les ATAS 546/2012 du 25 avril 2012 et ATAS/953/2009 du 24 juillet 2009). Or, dans la mesure où le recourant n'a ni requis et encore moins obtenu l'assistance juridique, il n'y a pas lieu de le dispenser des frais.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.